FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 62

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CÉCITÉS VERBALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 JUIN 1888

PAR

Marie-Jean-Baptiste-Ernest GIRAULT

Né à Argenton-le-Château (Deux-Sèvres), le 30 juillet 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BADAL,	professeur,	*président.*
ORÉ,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1888

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0040

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 62

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CÉCITÉS VERBALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 JUIN 1888

PAR

Marie-Jean-Baptiste-Ernest GIRAULT

Né à Argenton-le-Château (Deux-Sèvres), le 30 juillet 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BADAL,	professeur,	*président.*
ORÉ,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. } MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A Monsieur LECOINTRE-DUPONT

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

Professeur d'Ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVIEUX

Administrateur des Hospices civils de Bordeaux.

A MON EXCELLENT AMI, M. LE DOCTEUR MOMONT

INTRODUCTION

Depuis que Broca, en donnant pour siège du langage articulé la troisième circonvolution frontale gauche a ainsi localisé le siège de l'aphasie, bien des travaux ont été faits sur cette intéressante question. Ogle, Kussmaul, Wernicke et tant d'autres ont suivi la voie qu'il avait tracée et ont séparé les uns des autres les différents phénomènes aphasiques. Depuis, de nombreux auteurs, tels que MM. Charcot, Pitres, Ferrier, Munck, Luys, Raymond, etc., se sont efforcés de rechercher les centres corticaux qui sont comme le lieu de rendez-vous de nos différentes perceptions.

Nous avons cherché à résumer en ce travail les principaux essais qui ont été faits sur un des modes de l'aphasie, la cécité verbale. Nous avons tenté d'énumérer les différents modes sous lesquels cette affection s'est présentée jusqu'ici.

M. le professeur Badal a bien voulu nous communiquer l'observation très détaillée d'une malade qui présentait, avec une perte absolue du sens de l'espace, d'autres symptômes non moins intéressants.

Qu'il nous soit permis de le remercier à ce sujet, ainsi que de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre Thèse.

Nous ne saurions manquer aussi d'offrir l'expression de notre vive reconnaissance à M. le Dr Levieux, pour la grande bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et pour les excellents conseils qu'il nous a prodigués pendant le cours de nos études médicales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CÉCITÉS VERBALES

CHAPITRE Ier

§ 1er. *Définitions.*

L'aphasie est la perte plus ou moins complète de la mémoire des signes, des modes d'expression de la pensée, du langage enfin.

Le langage étant composé de sons et de signes conventionnels, ces sons et ces signes, par cela même qu'ils sont de convention, ont besoin d'être appris. Le premier acte de l'enfant, au point de vue de l'apprentissage du langage, sera d'associer telle ou telle sensation auditive ou visuelle à tel ou tel objet, telle ou telle idée. Les différentes sensations finiront donc à la longue par se graver dans la mémoire et par s'y classer.

L'ouïe est, on le comprend facilement, la seule porte d'entrée des signes phonétiques; la vue, celle de différents signes graphiques (écriture, mimique). Ces différentes mémoires, bien que toujours associées dans la pratique, peuvent être iso-

lées par telle ou telle lésion pathologique. Ce sont des phénomènes passifs.

Il faudra de plus que l'individu entre en activité à son tour, pour reproduire les signes phonétiques ou graphiques qu'il connaît : il existera donc deux autres mémoires, la mémoire des mouvements de la parole et la mémoire des mouvements de l'écriture. Ces différentes opérations peuvent se ramener à deux ordres :

1° Des actes de réception auditifs ou visuels auxquels correspondent la mémoire auditive ou visuelle ;

2° Des actes de transmission correspondant à la mémoire des mouvements de la parole et de l'écriture.

On peut donc tout d'abord diviser l'aphasie en deux grandes classes, suivant que l'obstacle se rapportera aux phénomènes de réception ou aux phénomènes de transmission.

Dans la première classe, on rangera les individus qui ne comprendront pas le langage parlé, bien que l'appareil sensoriel, l'oreille, soit intact, et ceux qui ne comprendront pas le langage écrit, bien qu'ils ne soient pas atteints de trouble de la vision.

Dans la seconde classe se retrouvent les individus qui sont incapables d'articuler un mot, bien que le jeu des appareils phonateurs ne soit pas lésé, et ceux qui ne peuvent écrire, bien que leur main puisse exécuter tous les mouvements.

Telle est, d'après les leçons de M. Charcot, la classification des troubles aphasiques.

Nous aurons donc finalement quatre grandes divisions de l'aphasie.

1° *Cécité verbale.* Aphasie de réception, abolition plus ou moins complète, plus ou moins partielle de la mémoire des signes figurés. La cécité verbale met le sujet qu'elle affecte dans l'impossibilité de lire les lettres, les syllabes, les mots, les

signes figurés divers placés sous ses yeux, tandis qu'il en distingue la silhouette, la position relative, l'arrangement général.

Lire, c'est traduire l'écriture par la parole, interpréter une image. Dans la cécité verbale, cette traduction, cette interprétation sont impossibles par l'intermédiaire de la vue.

2° *Surdité verbale,* amnésie des signes audibles, perte ou altération plus ou moins complète de la mémoire de la signification des sons.

3° *Aphémie,* désignée sous les noms les plus divers : logoplégie, aphasie motrice, etc., qui est la perte plus ou moins profonde des mouvements coordonnés nécessaires à l'articulation de la parole. C'est la variété la plus anciennement connue; elle avait autrefois absorbé toutes les autres formes de l'aphasie.

4° *Agraphie,* perte plus ou moins complète de la mémoire des mouvements coordonnés nécessaires à l'écriture, à la figuration des signes.

Nous ne traiterons pas en détail les quatre modes de l'aphasie; nous ne nous occuperons que de la cécité verbale et des différents modes sous lesquels on a eu l'occasion de la rencontrer jusqu'ici. Il nous sera cependant nécessaire, à cause de la relation intime qui les unit, de les décrire souvent ensemble, sans cependant entrer dans une étude approfondie de chacun d'eux.

§ II. *Historique.*

Avant d'entrer dans l'étude du sujet, nous croyons nécessaire d'exposer rapidement l'historique de la question. La première observation de cécité verbale est due à Spalding lui-même, qui devenu (1772) subitement aphasique, ne put lire, pendant

quelques heures, des phrases qu'il écrivait aussi correctement que jamais.

Plus tard (1843) nous trouvons le cas du professeur Lordat, observation parue plus tard dans la Société de médecine de Montpellier. Lordat raconte ainsi son accident : « Lorsque je voulus jeter un coup d'œil sur le livre que je lisais, quand ma maladie m'avait atteint, je me vis dans l'impossibilité d'en lire le titre. »

Puis, deux autres cas dans le travail de Winslow, dans lesquels les malades devinrent incapables de lire et même de distinguer une lettre d'une autre.

En 1865, paraît le cas de Trousseau, dont le malade ne pouvait plus lire ce qu'il venait d'écrire lui-même. La même année, M. Van der Abeele publie une observation « d'amnésie de l'écriture avec conservation de la parole », cas bien net de cécité des mots.

En 1872, une attaque cérébrale aiguë, racontée par Broadbent, fut suivie de l'impossibilité de lire les mots écrits ou imprimés.

En 1874, Wesphall présente à la Société d'anthropologie, un malade qui n'arrivait à lire ce qu'il écrivait qu'en retraçant les caractères avec son doigt.

En 1875, M. Legroux cite, comme cas rare et curieux à étudier, un cas de cécité des mots.

Enfin M. Kussmaul (1876) crée le type clinique, désormais classique, de la cécité verbale, en l'isolant et en le classant à part au milieu de tous les autres troubles du langage.

Ce premier pas étant fait, on ne tarda pas à suivre Kussmaul dans la voie nouvelle. Les travaux et les faits se multiplièrent.

Noël Gueneau de Mussy (1) rapporte à son tour le cas d'un

---

(1) *Recueil d'opht.*, 1879.

malade atteint de cécité verbale et qui jouissait cependant encore du privilège de pouvoir lire l'heure sur un cadran. Dans l'*Union médicale du Nord-Est* paraît encore un exemple de cécité verbale : « C'est dans la cécité des mots que nous trouvons les troubles les plus intéressants : les malades écrivent sous la dictée et, bien que leur vue soit intacte, ils ne distinguent aucune lettre soit imprimée, soit écrite. Il y en a d'autres qui, tout en articulant les mots, ne peuvent comprendre ce qu'ils lisent (1).

M. Magnan (1880) rapporte le cas d'un homme de 60 ans devenu subitement hémiplégique et aphasique. Cet homme écrivait avec de nombreuses fautes d'orthographe qui ne lui étaient pas habituelles ; mais il ne pouvait lire ce qu'il avait écrit. Il ne pouvait déchiffrer des lettres de diverses grandeurs écrites sur un tableau. Il y avait donc là une lésion qui atteignait une région spéciale qui n'est pas la troisième circonvolution cérébrale.

« Cet homme ne peut lire, parce que le symbole graphique » ne pénètre pas jusqu'au centre encéphalique. Il a conservé » la notion précise des symboles acquis, mais il ne peut emmaga- » siner de nouvelles notions par les signes graphiques, parce » que, s'il n'y a chez lui qu'une lésion incomplète des faisceaux » pédiculaires, il y a cependant une interruption suffisante dans » les fibres chargées de conduire les impressions visuelles ; la » rétine reçoit bien l'impression première que la bandelette » optique transmet aux tubercules quadrijumeaux, mais cette » impression n'arrive plus au centre perceptif, par l'altération » des faisceaux de transmission, au centre encéphalique. Le » malade reste ainsi sous l'influence d'une cécité des mots, avec

(1) N° 10, 1879.

» ses notions primitivement acquises, sans pouvoir en acquérir » de nouvelles par le rayon visuel (1) ».

La même année, M. Robin cite dans sa thèse d'agrégation (2) une observation de cécité des mots.

En 1881, Bertholle publie le cas d'un M. F... atteint d'amnésie partielle et isolée de la lecture ; il donne à la maladie le nom d'asyllabie : « Cet homme, dit-il, n'était pas aphasique, il pouvait même écrire ; mais sans pouvoir lire ce qu'il avait écrit ; il n'était pas non plus agraphique, mais il était asyllabique (3) ».

En somme, toujours même phénomène, qu'on le désigne sous un nom ou sous un autre ; ce cas particulier, cette impuissance à joindre un mot au suivant, qui est le point saillant de cette dernière observation, sans en avoir préalablement épelé chaque lettre « comme un écolier qui apprend la lecture », ce cas, disons-nous, n'est qu'un mode d'une cécité verbale incomplète.

La même année, paraît la thèse de M^lle^ N. Skwortzoff (4), élève de M. Magnan, où se trouvent exposés les aperçus de son maître sur la question. Douze observations analysées avec soin y sont contenues ; plusieurs lésions relevées à l'autopsie y figurent.

Ces tendances à localisations des centres sensoriels furent vivement combattues chez nous par MM. Dreyfus-Brissac et Mathieu.

M. Dreyfus-Brissac, dans un article paru dans la *Gazette hebdomadaire*, conclut en ces termes : « La théorie des centres » sensoriels et surtout la conception métaphysique de ces réser-

---

(1) Magnan : *Revue méd. franç. et étrang.* p. 447.

(2) *Des troubles oculaires des maladies de l'encéphale* 1880, p. 441.

(3) *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1881, p. 280.

(4) Skwortzoff : *De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie,* thèse de Paris, 1881.

» voirs d'images commémoratives des objets est fort contesta-
» ble. La relation entre la surdité, la cécité verbales et les
» lésions du lobe temporal gauche ou du pli courbe n'est pas
» démontrée (1) ».

Depuis cette époque, les autopsies se sont multipliées, et, comme nous le verrons plus loin, le siège de la lésion est désormais chose certaine.

Plus tard, paraît un article de M. Pierre Marie analysant les leçons de M. Charcot pendant l'année 1883.

« La cécité verbale, dit-il, est caractérisée par ce fait que le
» malade a perdu la notion des signes du langage écrit, au point
» de vue de la réception, tandis qu'il a conservé les phénomènes
» de réception auditive et ceux de transmissions graphique et
» verbale » (2).

La même année, nous trouvons encore une note de MM. d'Heilly et Chantemesse dans le *Progrès médical*. «... Ces
» tendances de classification s'appuyaient sur les résultats de
» nécropsies de certains aphasiques dont la circonvolution de
» Broca était indemne ou à peu près. Avec une conservation de
» l'intelligence, de la vue et de l'ouïe, ces malades ne compre-
» naient ni les mots écrits, ni les paroles qu'on prononçait
» devant eux ; la sensibilité générale étant d'ailleurs normale,
» il semblait qu'il y eût chez eux destruction d'un point de
» l'écorce cérébrale destiné à la compréhension des mots parlés
» et écrits, c'est-à-dire destruction des centres sensoriels » (3).

L'année suivante, M. Grasset fait paraître un article sur la cécité et la surdité verbales. Après avoir divisé l'aphasie ainsi que nous l'avons fait au début, il cite plusieurs observations de cécité verbale, dont l'une renferme un cas où se trouvent

---

(1) *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1881, p. 477.

(2) *Revue de médecine*, 1883.

(3) *Progrès médical*, 1883.

réunies la surdité, la cécité verbales et l'aphasie de transmission ou logoplégie. L'auteur appuie avec soin sur le siège de la lésion.

Plus tard se place la thèse de M. Levillain (1). Nous y trouvons un cas fort intéressant de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets (forme et couleur) due à M. Charcot et qu'il nomme amnésie visuelle.

Le dernier travail complet qui ait été fait sur la question a pour auteur M. Bernard (2). Dix observations de cécité verbale bien nette, soit seule, soit accompagnée de l'un ou de l'autre mode de l'aphasie y sont publiées.

En 1887, M. Fischer (3) publie dans sa thèse plusieurs cas inédits de cécité verbale.

Enfin, la dernière observation parue sur ce sujet et due à M. le professeur Badal (4). Nous nous proposons de la reprendre dans un chapitre particulier pour en faire ressortir les diverses nuances.

§ III. *Des différents modes de cécité verbale.*

Il est bien rare de trouver un cas absolument simple de cécité verbale ; le plus souvent, ainsi que nous le disions précédemment, les divers modes de l'aphasie se combinent entre eux pour former une réunion de symptômes complexes.

L'observation suivante de Trousseau nous offre cependant un exemple de cécité verbale pure et persistant après la guérison des autres accidents.

---

(1) Levillain : Thèse de Paris, 1884. *Etude des fonctions du cerveau.*

(2) Bernard : Thèse de Paris, 1885. *De l'aphasie et de ses diverses formes.*

(3) Fischer : Thèse de Bordeaux, 1887. *Du rappel de la parole chez les aphasiques.*

(4) Contribution à l'étude des cécités psychiques. *Archives d'ophtalm.*, mars-avril 1888.

OBSERVATION I

(De Trousseau) (1).

Cécité verbale.

Voici un malade dont l'intelligence est frappée d'une façon singulière. Il ne sait plus lire. C'est un négociant de Valenciennes qui a eu un coup de sang il y a quatre mois. Il parle à merveille et raconte qu'à la suite de son attaque, il a été paralysé à droite, qu'alors il ne pouvait parler; puis que peu à peu la parole est revenue, mais qu'il ne sait plus lire. J'essaye en vain de lui faire déchiffrer le titre d'un journal, je lui fais épeler chaque mot lettre par lettre, mais il ne peut assembler les syllabes. Il n'était pas cependant amblyopique, ainsi que je pus m'en assurer en lui faisant ramasser à terre une épingle. Ce qu'il y a de plus invraisemblable, c'est que cet homme ne peut lire ce qu'il écrit très correctement. Je l'invitai à se mettre à mon bureau et il écrivit aussitôt cette phrase très obligeante : « Je suis bien heureux, Monsieur, d'être venu vous voir, j'espère m'en retourner guéri. » Il lui fut absolument impossible de lire cette phrase qu'il venait de tracer.

Tel le cas cité par Charcot d'un jeune commerçant intelligent et actif, parlant beaucoup, avec facilité et écrivant chaque jour douze ou quinze lettres.

OBSERVATION II

(De Charcot).

Cécité verbale. Hémiplégie et logoplégie passagères.

..... En octobre 1882, il chassait au renard et, confondant avec la proie le chien d'un de ses amis, il le tue roide. Vive contrariété d'abord, puis il continue à chasser, et au moment où il couchait un lapin en joue, il tombe brusquement paralysé du côté droit et perd connaissance. Le lendemain,

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1865. De l'aphasie, d'après les leçons cliniques de Trousseau, recueillies par Peter.

hémiplégie complète des deux membres supérieur et inférieur droits, bredouille en parlant, disant un mot pour un autre (paraphasie); il reconnaît bien les choses et les personnes, mais ne peut les distinguer par leur nom. En quelques semaines, il recouvre les mouvements de ses membres, puis un jour (il n'éprouvait plus guère de difficultés de la parole), il disait seulement de temps en temps un mot pour un autre. La main était assez libre pour qu'il pût écrire très lisiblement; il voulut donner un ordre relatif à ses affaires, prit une plume et écrivit; croyant avoir oublié quelque chose, il redemande sa lettre pour la compléter, veut la relire « et c'est alors que se révèle dans son originalité le phénomène sur lequel je veux appeler votre attention; il avait pu écrire, mais il lui était impossible de relire sa propre écriture. A partir de la même époque, il s'est aperçu qu'il lui était impossible de lire un imprimé, tout autant et encore plus qu'une page d'écriture.

Il n'offre plus de trace de paralysie ni d'aphasie motrice; il peut écrire couramment et régulièrement, mais « j'écris, dit-il, comme si j'avais les yeux fermés, je ne lis pas ce que j'écris. »

Il vient d'écrire son propre nom; « je sais bien que c'est mon nom que j'ai écrit, mais je ne puis plus le lire. » Il s'efforce de lire un nom écrit par nous. On remarque alors, pendant qu'il se livre à ce travail, qu'avec le bout de son index de la main droite, il retrace une à une les lettres qui constituent le mot et arrive après beaucoup de peine à dire « la Salpêtrière » car il ne lit qu'en écrivant.

Parfois, chez certains malades, la lecture des lettres est abolie, tandis que celle des chiffres persiste dans presque toute son intégrité. Nous en trouvons un exemple dans la thèse de M. Fischer (1). Ce dernier cite l'observation d'un nommé Gardes qui ne lisait aucune lettre de l'alphabet, mais qui ne se trompait que fort peu en lisant les chiffres isolés, surtout lorsque ces nombres étaient terminés par un zéro.

D'autres malades lisent en prenant un mot pour un autre;

(1) Fischer, *loc. citato.*

d'autres encore lisent sans pouvoir comprendre, comme s'ils étaient en présence d'une langue étrangère sans signification pour eux.

Certains peuvent copier des mots parfaitement, sans savoir ce qu'ils veulent dire; ils le font comme s'ils copiaient un dessin. De nombreux exemples de ce genre ont été rapportés, notamment dans la thèse de Bernard et dans celle de M^lle^ Skwortzoff.

OBSERVATION III (1).

Cécité verbale. Agraphie incomplète.

Le nommé Alexandre Sporch, âgé de 10 ans, entré à l'hôpital des Enfants, le 4 janvier 1882, ne pouvait écrire qu'en copiant soit l'imprimé, soit des autographes.

Ce qu'il a copié demeure lettre morte pour lui ; il n'en connaît rien. On lui fait copier le mot « fourmi », en lui disant que ce mot signifie « cigale » ; il le copie et dit « cigale ».

Sur un texte imprimé, il copie « vous verrez », mais il écrit « vous véé ». Il s'arrête, reconnaît son erreur, et écrit à côté « verrez » correctement. Il épèle les quatre lettres de vous, mais ne peut lire ce mot, savoir la combinaison obtenue par l'assemblage des quatre lettres.

On trouve des personnes atteintes de cécité verbale, qui peuvent copier sans pouvoir écrire sous la dictée; d'autres écrivent sous la dictée et copient très difficilement.

Il en est qui, tout en étant dans l'impuissance absolue de lire, reconnaissent les dessins qu'on leur présente. Une malade de M. van der Abeele percevait parfaitement les images formées sur le papier, de manière à pouvoir en expliquer la signification; elle comprenait les rébus; elle était donc capable de

(1) Bernard, *loc. cit.*

lire l'écriture idéographique, mais la mémoire de l'écriture phonétique était complètement perdue.

Tel le malade de M. Fischer (1) reconnaissant les dessins d'animaux représentés sur le papier et ne pouvant en aucune façon lire le nom de ces mêmes animaux qu'on écrivait au-dessous.

Tel encore le malade de M. Broadbent, qui ne reconnaissait que les figures géométriques.

Certains, tout en étant incapables de lire quoi que ce soit, ne se trompent pas lorsqu'on leur présente leur nom écrit ou imprimé, ainsi que certains mots avec lesquels ils sont familiarisés. Ces malades doivent être rapprochés de ceux qui désignent parfaitement l'heure sur un cadran.

« C'est à leur forme générale que Tribout, dite Massaca, reconnaissait son nom et celui de son mari, et rien que ceux-là; que M. Ch... observée par Mlle Skwortzoff, reconnaissait seulement le sien, comme le malade de Broadbent » (2). Chez quelques malades, la lecture à haute voix est conservée, mais ils ne savent en aucune façon ce que veut dire le texte qu'ils ont sous les yeux; chez d'autres la lecture mentale seule est conservée, mais toujours sans comprendre.

M. Bertholle a désigné sous le nom d'asyllabie un cas isolé de cécité verbale. Nous avons eu l'occasion d'en parler plus haut; nous y reviendrons à propos de l'observation de M. Badal. La cécité littérale, ou impossibilité de joindre ensemble les lettres, l'alphabet seul étant resté, se rencontre dans le cas de Lordat, ainsi que chez le malade de Boë (3), lequel ne pouvait lire le mot *bouteille*, mais désignait exactement les

---

(1) Fischer : *loc. cit.*

(2) Bernard : *loc. cit.*

(3) Boë : *Essai sur les maladies de cœur.*

lettres qui entraient dans la composition, quand on les séparait.

Ces malades calculent en général assez bien avec des pièces de monnaie, et Bernard nous dit avoir toujours trouvé cette particularité chez tous les sujets qu'il a observés, de même que la lecture de l'heure sur le cadran. M. Charcot cite un cas particulier de cécité musicale, autre mode de cécité verbale, chez un professeur de la Faculté de Paris, qui était devenu subitement aveugle pour les caractères musicaux. Le malade dont il s'agit s'aperçut tout à coup, certain jour, qu'il ne pouvait plus déchiffrer un seul caractère de ses cahiers de musique; il n'avait pas de cécité pour les mots écrits ou imprimés ; malgré cela il jouait fort bien du piano.

Un malade de M. Lassègue, qui avait une perte complète de la parole et de l'écriture, pouvait écrire des mélodies qu'il avait eu l'occasion d'entendre.

M. Finkelnburg cite le cas d'un musicien aphasique, qui avait perdu la faculté de lire la musique, mais qui avait conservé celle de jouer de mémoire et de trouver des mélodies qu'il avait entendu chanter ou jouer.

D'après la plupart des auteurs, l'hémiopie latérale droite accompagnerait le plus souvent la cécité verbale; et, dans les cas où cette lésion n'a pas été constatée, l'examen de l'étendue de la vision n'aurait pas été suffisamment fait. « Parfois même, » on voit apparaître des troubles visuels prodromiques qui » n'ont aucune ressemblance avec les symptômes décrits » jusqu'ici. Ce sont notamment des phénomènes de diplopie, » de métamorphopsie, de mégalopsie, de micropsie, etc. Ces » signes se produisent avant tout autre phénomène d'aphasie » et se compliquent de vomissements, de maux de tête, etc. (1) »

---

(1) Galezowski : *Recueil d'opht*, 1876, p. 220.

A propos de l'hémiopie accompagnant la cécité verbale, M. Pierre Marie (1) s'exprime ainsi : « Nous devons signaler » la remarque faite par M. Charcot, que, dans un grand nom- » bre de cas, les lésions siégeant au niveau du lobule pariétal » inférieur gauche auraient produit l'hémiopie latérale droite, » de sorte qu'il semble qu'il y ait là, sinon superposition, du » moins juxtaposition intime de deux centres qui peuvent être » atteints par la même lésion, d'où coïncidence plusieurs fois » signalée de la cécité verbale et de l'hémianopsie latérale » droite. » La plupart des observations que M. Bernard a publiées sont accompagnées d'hémiopie droite : « L'hémiopie, » dit-il, dans ses conclusions, a toujours accompagné la cécité » des mots (2). » Dans des cas tout à fait exceptionnels, fait remarquer Galezowski, on peut trouver de l'atrophie papillaire dans un seul œil et habituellement dans l'œil gauche.

« La perversion de la faculté chromatique ou daltonisme » s'observe aussi chez les aphasiques. La cécité partielle pour » les couleurs n'est qu'apparente ; l'œil distingue en réalité » toutes les couleurs, mais la mémoire fait défaut pour les » nommer. Le malade voit bien les couleurs, mais il ne peut » se rappeler leur nom (3). »

La plupart des malades atteints de cécité verbale jouent aux cartes, aux dominos, aux dames même et fort bien, comme le propriétaire des Landes et l'ex-séminariste de Trousseau (4) et de nombreux cas publiés depuis.

Il n'est pas rare, comme nous l'avons déjà dit, de trouver la cécité des mots associée soit à l'agraphie, soit à la surdité verbale, soit à logoplégie. On rencontre assez fréquemment

---

(1) *Revue de méd.*, 1883, p. 693.

(2) Bernard : *loc. cit.*

(3) Galezowski : *loc. cit.*

(4) *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1873, p. 684 et 712.

même les quatre modes de l'aphasie réunis chez un même individu, et ceci s'explique facilement par le voisinage des différents centres coordinateurs, de même que par la disposition anatomique de l'artère sylvienne, l'artère de l'aphasie.

La cécité verbale peut n'être que passagère et guérir, soit en même temps que les autres accidents aphasiques ou hémiplégiques, soit après que ces accidents ont disparu.

OBSERVATION IV

(de M. Charcot).

Cécité verbale passagère.

M. P..., artiste peintre bien connu, est goutteux depuis de longues années et réduit à ne plus guère quitter son atelier. Son père, son grand-père et son arrière grand-père étaient goutteux. Il est bien peu de manifestations de la diathèse urique que M. P. n'ait éprouvées. Il est sujet à de violentes migraines, sans relation avec les accès et sans aucun accompagnement ophtalmique. Elles occupent constamment le côté gauche de la tête. Déjà, à la suite de l'une d'elles, il avait oublié son nom et dû entrer dans un café pour le retrouver sur un journal illustré où il figure chaque semaine.

En octobre dernier, à la suite d'une migraine qui avait duré deux jours, le matin du troisième jour, M. P. se sentant mieux, voulut lire : « Rien ne peut vous donner une idée de la surprise et de l'émotion douloureuse que j'éprouvais en me voyant dans l'impossibilité de lire un seul mot, une seule lettre du journal que j'avais sous les yeux. C'était le journal *La France*. Je le savais et je reconnaissais son titre à sa forme spéciale, mais pas une seule lettre qui le composait n'était reconnue par moi. Parmi ces mots impénétrables, je crus en reconnaître un à la silhouette. Tous mes efforts à le déchiffrer furent vains. Il s'agissait du mot « Paris ». J'essayai d'écrire *Dieu*. J'écrivis *dieuieuieuieu*..... J'aurais continué indéfiniment à répéter cette syllabe *ieu*. J'essayai de dessiner. Mon œuvre n'eût pas été moins imparfaite si j'avais dessiné les yeux fermés, à ce que je vis par la suite.

Ma parole était embarrassée. Bien des mots me manquaient et je répétais

sans cesse une même phrase relative à une démarche importante faite depuis longtemps. La compréhension de ce qu'on me disait était complète. Aucun autre trouble du côté de mes yeux ne fut noté par moi. Mon intelligence me parut intacte. Cependant, ayant eu en main un ustensile de ménage fort banal, la manière exacte d'en faire usage m'échappa. J'eus assez de présence d'esprit pour me dire que le meilleur moyen pour que cette notion me revînt était d'en user machinalement, sans y prêter la moindre attention, ce qui réussit fort bien. Mes maux de tête avaient d'ailleurs complètement cessé. Après une bonne nuit, le lendemain matin, je me jetai sur un agenda placé près de mon lit. Avec quelle joie je pus lire le nom du jour et du mois, des jours et des mois divers. Je repris le journal de la veille et l'un des premiers mots qui me frappèrent fut l'adjectif « incompréhensible ». Il ne me coûta pas de peine à épeler, mais il me parut d'une construction et d'une orthographe si compliquée que je désespérais de l'écrire jamais. Mes craintes n'étaient pas fondées. Je pouvais écrire et dessiner comme je pouvais lire, heureux état qui a persisté. »

Aucun trouble fonctionnel sensible ou moteur n'existait chez cet intéressant malade le jour de la visite de M. Charcot, le 25 mars 1884.

Nous ne pouvons manquer de citer une autre observation de Trousseau, sur le même sujet.

OBSERVATION V

(De Trousseau).

Cécité verbale passagère. Agraphie, logoplégie passagères.

A la suite d'un accident chirurgical qui le retenait depuis un certain temps au lit, M. X..., resté seul à la campagne depuis quelques jours, avait lu presque toute la journée et avait ainsi fatigué son cerveau. Il était en train de lire un des entretiens de M. de Lamartine, quand tout à coup il s'aperçut qu'il comprenait mal ce qu'il lisait. Il s'arrêta un instant, reprit sa lecture et il éprouva immédiatement les mêmes accidents. Effrayé, il voulut appeler, et, à sa grande stupéfaction, il ne put proférer un seul mot. Il

se crut alors frappé d'une attaque d'apoplexie et immédiatement il fit faire alternativement des mouvements très complexes à ses deux mains et à celle de ses jambes qui n'était pas blessée, et il constata qu'il n'avait pas de paralysie. Il était seul, il sonna, et quand on vint auprès de lui, il ne put articuler une parole ; il mouvait sa langue dans tous les sens et se rendait très bien compte de ce singulier désaccord qui existait entre la facilité des mouvements des organes vocaux et l'impossibilité de manifester sa pensée par la parole. Il fit signe qu'il voulait écrire, on lui apporta une plume et de l'encre et il lui fut aussi impossible de traduire sa pensée par l'écriture que par la parole. Cependant, comme il avait fait des maladies de l'encéphale l'étude de toute sa vie, il chercha à analyser les symptômes qu'il éprouvait et à les rapporter à quelque lésion particulière du cerveau, raisonnant mentalement, comme il l'eût fait dans une conférence clinique.

La personne appelée par lui, effrayée d'un état si insolite, fit mander par le télégraphe sa femme qui était à Paris et envoya chercher un médecin qui arriva seulement ou bout de deux ou trois heures. M. X... releva la manche de sa chemise, et, en portant l'une de ses mains vers le pli du bras, il indiqua clairement qu'il voulait être saigné.

A peine la saignée était-elle terminée, que quelques paroles revinrent, sans suite, il est vrai, et incomplètes; pourtant certains mots exprimaient nettement une pensée, tandis que d'autres semblaient n'avoir aucune relation directe avec l'idée principale. Peu à peu, le voile sembla se dissiper; les mots revinrent plus nombreux au service d'idées plus nombreuses elles-mêmes, et, au bout de douze heures, tout était rentré dans l'ordre.

Nous pourrions encore citer le cas du professeur Lordat, de Montpellier, dont nous avons eu l'occasion de parler plus haut.

La cécité verbale peut être incomplète; elle peut aussi n'exister que dans la période de début de l'aphasie, comme aussi elle peut persister lorsque toutes les autres formes de cette dernière affection se sont dissipées ou ont fait de grands progrès vers la guérison.

On voit aussi parfois la cécité verbale s'améliorer, soit spon-

tanément, soit parce que le malade a eu la patience de se remettre à apprendre à lire.

Un directeur de théâtre, selon Piorry, capable encore d'écrire, mais incapable de lire, même ce qu'il avait écrit, se remit à l'*a b c* comme un enfant et parvint à lire de nouveau après beaucoup de temps et de peine.

Il en est de même d'un notaire cité par Guaglino (1) guéri d'une aphémie et d'une hémiplégie droite.

M^lle^ Skwortzoff tenta aussi l'éducation d'une malade atteinte de cécité des mots, à l'aide de lettres en relief, sur lesquelles elle lui faisait promener les doigts. Malheureusement les succès ne vinrent pas répondre à ses efforts. Si on a vu la cécité verbale guérir définitivement ou bien s'améliorer, on a bien plus souvent observé des exemples dans lesquels les malades, un instant en bonne voie de guérison, subissaient une rechute et une aggravation, en raison des accidents hémiplégiques concomitants. Cette récidive des accidents aphasiques nous amène à parler de la mobilité de ces mêmes troubles chez les hystériques. Ces malades, en effet, peuvent en être atteints après une attaque de nerfs, à la suite d'une émotion morale ou même d'une simple contrariété. Chaque crise dépasse rarement un mois ; quelquefois même sa durée n'est que de quelques heures.

Ces accidents disparaissent subitement; ils sont à répétition. Plusieurs cas de ce genre sont consignés dans la thèse de M. David (2).

---

(1) *Arch. ital.* nov. 1867.

(2) Thèse de Paris, 1884. *De l'aphasie hystérique.*

CHAPITRE II

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES ET LÉSIONS

Il existe, dans l'écorce cérébrale, certains territoires dont la fonction est de présider aux mouvements de certaines parties du corps ou à certaines fonctions spéciales.

Il est, en effet, aujourd'hui clairement démontré que l'aphasie motrice est le résultat d'une lésion quelconque de la troisième circonvolution frontale gauche. Bouillaud (1850) signala le premier le siège de la maladie dans l'hémisphère cérébral antérieur. Plus tard (1861), Broca localisa le mal en donnant comme siège certain du langage articulé, la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale du côté gauche. Jusqu'à cette époque, il n'était guère question que de la logoplégie, de l'aphasie motrice, cette dernière affection englobant les différentes formes de l'aphasie, ainsi que nous le disions précédemment. Ce n'est que plus tard, lorsque Kussmaul eut bien classé et bien défini la cécité et la surdité verbales, en apportant à l'appui les résultats de nombreuses autopsies, que ces modes vinrent tenir une place à part au milieu des troubles du langage.

Ogle, dès 1867, avait déjà étudié l'agraphie, et plus tard, M. Charcot la définissait, suivant son ingénieuse expression, « l'aphasie de la main ».

Voici, en effet, ce qui se passe pour les différentes perceptions : Prenons l'appareil de la vision, par exemple; la rétine reçoit l'impression de la couleur d'un objet; cette impression

devient sensation dans les tubercules quadrijumeaux. Mais elle ne s'arrête pas là, et, à l'aide de fibres conductrices, elle est transmise à un second centre d'un ordre plus élevé où elle se transforme en une sensation qui garde toujours « son aptitude à renaître (1) ». Ainsi de suite pour chaque sens qui a son centre spécial.

Toutes ces images, que l'objet fait naître dans nos différents centres sensitifs, vont se transmettre à la troisième circonvolution frontale où l'ensemble de ces images revêt le nom de l'objet. Cette idée formulée doit se projeter ensuite au dehors à l'aide des fibres qui partent de la troisième circonvolution frontale, pour arriver au bulbe, appareil de transmission, d'où les fibres nerveuses qui animent les parties de l'appareil de phonation : muscles de la langue, des lèvres, du pharynx, etc., vont la projeter au dehors.

Les circonvolutions où a été placé le siège des lésions causales des diverses formes de l'aphasie, occupent une grande partie de la surface externe du cerveau. Foville (2) les désignait, à l'exception de la seconde frontale, sous le nom de circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius.

La scissure de Sylvius divise chaque hémisphère en deux parties : le lobe frontal et le lobe temporo-sphénoïdal. En avant, nous trouvons la première frontale, puis la seconde et enfin, un peu plus bas, la troisième. En haut, se bifurquant avec la seconde et la troisième frontales, se remarque la frontale ascendante séparée de la pariétale ascendante par le sillon de Rolando.

A la partie postéro-supérieure de la scissure de Sylvius, se

---

(1) Taine : *De l'intelligence*, vol. II, 3e édition.

(2) *Traité complet de l'anatomie, de la physiologie et de la path. du syst. nerveux cérébro-spinal*, 1re partie 1844, p. 185.

trouvent placés la circonvolution pariétale inférieure, le lobule du pli courbe et, un peu plus haut, le lobule pariétal supérieur.

Immédiatement au-dessous de la scissure de Sylvius, se remarquent les première, deuxième et troisième circonvolutions temporales; enfin, à la partie inféro-postérieure de cette même scissure, limitées en dedans par la scissure perpendiculaire externe, se rencontrent les trois circonvolutions occipitales.

De ces parties constituant l'écorce cérébrale, la troisième frontale, la pariétale inférieure ou lobule du pli courbe, la première temporo-sphénoïdale et la seconde frontale sont les plus importantes à connaître, car c'est le plus souvent de leurs lésions que dépendent les troubles aphasiques divers que nous avons nommés.

Les belles recherches anatomiques de M. Duret, sur la circulation de l'encéphale, ont jeté sur le trajet qui nous occupe, comme sur toute la pathologie cérébrale, le plus grand jour.

La plus considérable des quatre branches de terminaison de la carotide interne, l'artère cérébrale moyenne, gagne aussitôt la scissure de Sylvius, au fond de laquelle elle se dérobe et à l'origine de laquelle elle fournit les artères perforantes antérieures destinées au corps strié.

Elle se divise sur le lobule de l'insula, en quatre branches qui se détachent du tronc d'une façon variable, mais constante.

La première branche est l'artère frontale externe et inférieure. Elle irrigue la troisième frontale dans toute son étendue, dans ses portions orbitaire et frontale. Un de ses rameaux est spécialement destiné au pied de cette circonvolution.

M. Charcot a vu plusieurs fois l'oblitération isolée de ce rameau. La seconde, l'artère pariétale antérieure, l'artère de la circonvolution frontale ascendante (Charcot) alimente la plus grande partie de cette circonvolution et la partie postérieure de la seconde circonvolution frontale.

La troisième branche, l'artère pariétale moyenne, l'artère de la circonvolution pariétale ascendante, plonge dans le sillon de Rolando, fournit aux deux circonvolutions qu'il sépare, mais surtout à la pariétale ascendante et au lobe pariétal supérieur.

La quatrième est la plus considérable; elle suit la scissure de Sylvius jusqu'à sa terminaison postérieure, c'est l'artère pariétale postérieure, l'artère pariéto-sphénoïdale. Elle fournit au lobule pariétal inférieur, au pli courbe et à la première circonvolution temporo-sphénoïdale et à une partie de la seconde.

Que l'un de ces rameaux quelconque vienne à s'oblitérer, et alors se produit la nécrobiose du territoire qu'il irrigue.

La nature de la lésion qui provoque l'aphasie, dans la grande majorité des cas, est le ramollissement par embolie et plus rarement le ramollissement par thrombose. Elle s'accompagne très souvent d'hémiplégie droite et d'hémiplégie faciale inférieure.

Elle peut en outre être produite par des exostoses et des gommes syphilitiques, des tubercules agglomérés autour de l'artère sylvienne. Les lésions valvulaires du cœur doivent être le plus souvent incriminées. Que la branche frontale externe vienne à s'oblitérer, par exemple, nous aurons alors la logoplégie; que ce soit la pariétale antérieure et le malade sera atteint d'agraphie. Si c'est la pariétale postérieure qui vient à s'obstruer, nous serons en face d'un sujet atteint de cécité verbale ou de surdité verbale, bien souvent de ces deux affections à la fois.

Du reste, nous ajouterons encore une fois que ces lésions, bien que parfois isolées, sont le plus souvent réunies chez le même malade.

Il faut encore noter que ces troubles aphasiques, et par conséquent la cécité verbale, n'existent pas seulement lorsque

la couche corticale, la substance grise des centres ci-dessus est atteinte. Lorsque les faisceaux blancs qui sont la voie de transmission entre le centre visuel, par exemple, et le centre de la formation des mots viennent à être lésés, le malade présentera encore un exemple de cécité des mots.

La plupart des autopsies publiées jusqu'à ce jour n'ont malheureusement pas porté sur des cas simples. Nous allons énumérer quelques observations que nous avons recueillies.

OBSERVATION VI

(DE M. BROADBENT) (1).

Après une attaque cérébrale aiguë, impossibilité de lire les mots écrits ou imprimés (excepté le propre nom du patient); le malade pouvait pourtant écrire correctement sous la dictée, composer et écrire les lettres lorsqu'on l'y aidait un peu. Impossibilité de se rappeler le nom des objets, même les plus familiers, lorsqu'on les lui montrait; toutefois, il causait d'une façon intelligente, employant un vocabulaire étendu et varié, faisant peu de fautes, mais oubliant de temps à autre le nom des rues, des personnes et des objets. Mort par apoplexie.

Athérome étendu des vaisseaux cérébraux, anciens caillots dans l'hémisphère gauche avec ramollissement de la substance cérébrale située en dehors du ventricule latéral à son union avec le prolongement sphénoïdal. Hémorragie récente au même endroit.

Charles C.., âgé de 59 ans, gazier, entre à l'hôpital Saint-Mary, le 8 mai 1871, dans les circonstances suivantes. Il venait d'assister à un accident dans la rue et vint à l'hôpital pour donner des renseignements sur le blessé. Son embarras de la parole fut remarqué par le concierge qui lui recommanda de venir me voir le lendemain. Sa première plainte fut qu'il était incapable de lire : « Je puis les voir, dit-il en indiquant les mots, mais je ne » puis pas les comprendre. » En réponse à mes questions, il me donna les renseignements suivants :

(1) *Cerebral mechanism of thaught and speech, med. chir. trans.*, t. LV, 1872.

Il avait été inspecteur à la Compagnie du gaz, jouissait d'une bonne santé jusqu'au moment où il a fait un excès de travail après lequel il a traîné 18 mois, au bout de quoi il tomba subitement malade. Je trouvai qu'il ne pouvait se rappeler les noms, et je notai que quelquefois il répondait mal aux questions que je lui posais. Ainsi, lorsque je lui demandai si le début de sa maladie avait été brusque, il me répondit : « à droite de la charmille » et il chercha évidemment à se rappeler le nom d'une rue ou d'un médecin. Plus tard je découvris « qu'à droite de la charmille » se rapportait la demeure du Dr Norton qui lui avait donné des soins; donc, le désaccord entre mes questions et ses réponses n'était qu'apparent. Il essaya de m'expliquer l'accident à cause duquel il était venu à l'hôpital, mais je ne pouvais le comprendre, en partie parce qu'il cherchait à citer le nom de la rue où cet accident a eu lieu et qu'il ne pouvait se rappeler. D'un autre côté, il me donna une description très claire d'un accident qui lui était arrivé lorsqu'il était commandant d'un corps de sapeurs-pompiers volontaires, dans lequel lui, son fils et quelques-uns de ses hommes furent pris dans une charpente de bois qui s'écroula pendant un incendie et où deux de ses hommes furent tués et lui-même a failli périr.

C'est un homme de bonne constitution, avec une physionomie très intelligente et d'une grande énergie, prenant une part très active dans les affaires publiques et respecté de tout le monde. Il avait été capitaine en fonction d'un corps (brigade) de sapeurs-pompiers volontaires, lorsqu'il tomba malade. Depuis plusieurs années il était membre de Paddington Vestry, où il avait beaucoup d'influence. Il buvait une assez grande quantité d'alcool, mais ne s'enivrait jamais. Depuis des années il a été sujet à des douleurs de tête qui devenaient très fortes à la suite de toute émotion morale. En janvier 1870, il eut un étranglement herniaire avec arrêt des matières fécales. Après la guérison, quinze jours avant la revue des volontaires, à Pâques (Easter volunteer Review), il fut pris de malaises, de vomissements, de céphalalgie très forte tantôt à la région temporale, tantôt à la région occipitale. Il était agité, avait du délire et ne reconnaissait pas sa femme pendant quinze jours ; il s'améliora graduellement, mais après cette attaque, il lui fut impossible de lire soit l'imprimé, soit l'écrit. Il pouvait cependant écrire correctement. Il passa quelques jours à Chatham, d'où il envoya plusieurs lettres

bien écrites à sa femme. Il m'avait avoué ensuite que sa sœur l'aidait dans la rédaction de ces lettres. A Pâques 1871, il a eu des douleurs dans l'abdomen. A cette époque, il devint incapable d'écrire spontanément, mais il écrivait toujours très bien sous la dictée.

Invité à indiquer le nom de l'hôpital écrit en gros caractères sur sa pancarte, il ne parvient à nommer aucune lettre malgré les plus grands efforts : « Je ne puis pas comprendre », « me les rappeler », « me les mettre dans la tête », disait-il. En même temps il reconnaît son propre nom soit écrit, soit imprimé. Il indiqua son nom sur une liste (imprimée) des membres de la paroisse, le reconnut écrit sur la feuille d'admission de l'hôpital. Quand on lui demanda ce que représentait le reste de l'écriture sur cette feuille, il supposa que c'était la date et compta bien sur les doigts les mois et les jours. Pour le prénom qui précédait son nom, il n'était pas sûr si c'était son petit nom en entier ou les initiales seulement.

Il signait son nom et pouvait écrire sous la dictée : « Je ne puis pas lire », « le sacristain lira les lettres et les autres communications », « ceci est pour certifier. »

Il prit note de mes instructions, du jour et de l'heure des visites suivantes, en me disant qu'il oubliait facilement et pourrait se tromper. Ces notes furent exactes, et il les prenait pour sa femme, étant incapable de les lire.

Il me dit qu'il oubliait les noms d'endroits, de personnes et de « ceux-ci », en indiquant ses jambes et ses bras. Il apprit à connaître mon nom par celui de M. Broadbrigde de la sacristie, en ajoutant : « Est-ce là votre nom, Monsieur ? » A une autre question il dit ne pouvoir se rappeler le nom de « ces objets », en désignant son habit. Si je lui touchais son habit et lui disais : « mais ce sont vos pantalons », il répondait d'abord « oui », mais se corrigeait ensuite et disait « habit ». Invité immédiatement après à nommer son doigt, il murmurait « habit », « bottes », « chapeau » et restait silencieux, en essayant de se rappeler le nom. Si je lui dis : « ce n'est pas votre pouce, n'est-ce pas ? » il répondait : « oui, pouce », mais, s'apercevant de son erreur, il essaya quelques autres noms et trouva enfin « doigt ».

Il distinguait les différentes couleurs, les indiquait correctement à mesure qu'on prononçait leurs noms, mais ne pouvait pas les nommer. De même pour les figures géométriques, il reconnaissait les cercles des carrés, etc.

Il les montrait dès qu'on disait le nom, mais ne savait pas lui-même trouver leurs noms.

A la question « comment il avait passé la journée », il répondit : « misérablement », expliquant qu'il avait été très actif auparavant et qu'il n'avait rien à faire maintenant, mais qu'il travaillait à n'importe quoi (cirer des bottines). Il assistait toujours aux réunions de l'assemblée de la paroisse ; il ne se trouvait pas compétent de prendre part aux discussions, comme il avait l'habitude de le faire, mais cela l'amusait et il ajoutait : « Mais je puis » dire que je suis aussi utile qu'un grand nombre d'entre eux ». Il sortait souvent et trouvait bien son chemin dans les rues, en prenant la précaution de ne pas sortir la nuit. A la gare, il ne pouvait se rappeler pour quel endroit il voulait prendre un billet, si ce n'est quelquefois pour Chatham. Autrefois il aimait qu'on lui fît la lecture d'un journal ou d'un livre, mais il ne peut le supporter maintenant : « Je ne puis le bien comprendre, ne puis calculer ce qu'il dit » ; il ne peut suivre le sermon à l'église et demande à sa femme de lui faire un extrait des prières.

Cette observation peut paraître fatigante, mais je pense qu'il est important de ne rien omettre qui puisse jeter la lumière sur l'état mental de mon malade. Il fut sous mon observation jusqu'au 1er juin.

C'était un homme d'un caractère gai et remarquablement intelligent, énergique même dans sa douleur. Il employait en conversation un vocabulaire très étendu et parlait couramment, s'arrêtant quelquefois si le mot, ordinairement un nom, lui manquait, et remplaçait rarement un mot par un autre ; j'ai pu seulement noter « soupe » pour « souper », « neveu » pour « petit-fils ».

Il avait bon appétit, bon sommeil, pas de douleurs ni de convulsions, ne se plaignant que d'une faiblesse et ne pouvant supporter le moindre bruit. Il dit avoir maigri. Pas de souffle au cœur ; ni sucre ni albumine dans l'urine dont la densité était de 1 °/₀. Il prit du bichlorure d'hydrargyre 1/10 gr. et du quinquina trois fois par jour.

Lui, sa femme et son fils trouvaient qu'il faisait des progrès pour se rapler les noms, etc. Le soir du 21 juin, il alla à la réunion des membres de la paroisse et il en revint de très bonne humeur, comme il l'était toute la journée ; le matin il avait bien compté 47 livres sterling en argent. A

10 heures et demie du soir, après son retour de l'assemblée, il est entré seul dans sa chambre et très peu de temps après, on entendit des plaintes et on le trouva étendu par terre. Il n'avait pas complètement perdu connaissance. Le Dr Dale qui l'a vu bientôt après, a remarqué que ses pupilles étaient fortement contractées. Assis, il fut pris de vomissements. Peu de temps après, M. Herbert Norton et le Dr A. Norton le trouvèrent insensible, et la mort survint à midi quinze, le 23 juin.

L'autopsie du cerveau fut seule permise.

En omettant des particularités peu importantes, on trouva les veines cérébrales gorgées de sang. Toutes les artères, surtout le tronc basilaire, fortement malades : partout des opacités, parois épaisses, pas d'obstruction. Pie-mère épaissie et opaque, surtout à la partie supérieure des deux hémisphères, en arrière du sillon de Rolando. Pie-mère épaisse et résistante sur scissure de Sylvius des deux côtés et sur la scissure intra-pariétale gauche.

Une tache rouge produite par une mince couche de sang extravasé récemment se trouvait à la partie antérieure de la scissure de Sylvius droite et s'étendait à la troisième frontale, pariétale ascendante et temporo-sphénoïdale supérieure, sans pénétrer dans la scissure. Les coupes de la substance des circonvolutions prises à gauche sur le bord de la scissure interhémisphérique, immédiatement en arrière du sillon de Rolando, montrèrent la substance grise mince, pâle, dont la coloration se confondait avec celle de la substance blanche. Partout ailleurs, la substance grise était bien apparente. L'hémisphère gauche était mou au toucher ; les circonvolutions aplaties. Du sang faisait issue au quatrième ventricule entre la moelle et le cervelet et s'étendait à la partie postérieure du cervelet qui fut trouvé, à l'examen ultérieur, faisant partie d'une énorme extravasation sanguine remplissant tous les ventricules, mais surtout le ventricule latéral gauche dans les parois duquel il y avait une ouverture par laquelle il s'était fait irruption dans les cavités centrales. Dans ce ventricule on voyait un caillot de la grosseur d'un poing d'enfant ; la couche optique et le corps strié étaient détruits. Le sang avait pénétré dans une grande cavité du lobe temporo-sphénoïdal qui semblait être formée par un foyer de ramollissement, mais s'être agrandie ensuite par une hémorragie récente ; la partie antérieure de la cavité était lisse, égale, tandis que la partie postérieure

était déchiquetée. Cette cavité était située en dehors du prolongement sphénoïdal du ventricule latéral et séparée par une couche de 3/4 de pouce d'épaisseur de la partie antérieure du lobe sphénoïdal et arrivant en arrière à l'union de ce lobe avec le lobe occipital.

Les parois présentèrent une dissection naturelle et fort intéressante des fibres propres des circonvolutions à la partie inférieure de cet hémisphère. Dans la paroi externe de la cavité, on trouva deux anciens caillots; l'un du volume et de la forme d'une amande était mollement situé dans la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure, entre la scissure parallèle d'une part et la petite circonvolution secondaire à la paroi inférieure de la scissure de Sylvius d'autre part, vis-à-vis environ l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du prolongement sphénoïdal; l'autre était plus en arrière, sur un niveau supérieur, et correspondait presque exactement à la terminaison postérieure de la scissure de Sylvius en dehors et en dedans à l'union du corps du ventricule avec le prolongement sphénoïdal; il occupait donc l'épaisseur de la substance cérébrale séparant l'extrémité de la scissure du ventricule. Il était du volume d'un haricot jaune, très dur, fixé par un repli de la pie-mère et par des vaisseaux entrant dans la substance cérébrale. Il formait une partie de la grande cavité du lobe temporo-sphénoïdal; la substance blanche avoisinante était ramollie. Pas d'apparences anormales dans les autres parties de l'encéphale.

C'est sur ce dernier caillot que je désire particulièrement appeler l'attention. Par ses relations avec les vaisseaux entrant dans la substance de l'hémisphère et par sa position par rapport à la cavité du lobe temporo-sphénoïdal, je le considère comme étant la cause du ramollissement qui était évident ici. Malheureusement on ne pouvait s'assurer que l'extension du ramollissement était la conséquence de l'hémorragie récente qui avait labouré le lobe. Le sang récemment épanché a dû venir ou de la paroi de cette portion ramollie, et de là avoir fait irruption dans les ventricules, ou bien il y avait pénétré de bonne heure depuis qu'elle avait été séparée du prolongement sphénoïdal par pression du ventricule qui était situé en dehors d'elle tandis que tous les autres prolongements des deux côtés étaient très distendus. Le caillot occupait néanmoins dans l'hémisphère une situation importante, il a intéressé un grand nombre de fibres, les

fibres de la couche optique pédoncule et du corps strié, qui contournent l'extrémité supérieure du prolongement sphénoïdal, pour se rendre dans le lobe occipital et aussi les fibres qui convergent vers ce point venant des circonvolutions temporo-sphénoïdales supérieure et moyenne, se dirigent en haut et se rendent profondément dans le lobe pariétal pour se distribuer aux circonvolutions pariétales et frontales. Il intéresse aussi les fibres du corps calleux, autant du corps même de cette commissure que de leur réflexion, dans le lobe temporo-sphénoïdal que j'ai appelé la commissure des hippocampes.

Nous voyons, dans cette observation que malheureusement un vaste foyer hémorragique est venu se greffer sur la lésion primitive et rendre plus difficile le rapprochement des données cliniques et anatomiques.

OBSERVATION VII

De Déjerine (1)

Aphasie. Logoplégie. Cécité des mots incomplète. Sarcome névroglique du lobule pariétal inférieur gauche.

Mme Mathilde R..., âgée de 39 ans, entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Hardy, le 24 mai 1880. Mère très nerveuse, une attaque de nerfs tous les quatre mois. Assise sur une chaise, elle « se tordait » pendant cinq ou dix minutes ; toujours triste ; pleurs fréquents. Père nerveux, se mettant vite en colère, pas d'attaque de nerfs. Pas d'alcoolisme.

La malade, de bonne santé habituelle, d'un caractère vif, s'emporte et pleure facilement. Cinq enfants. Métrorrhagies fréquentes après le dernier. Pas d'attaque de nerfs. Pas d'alcoolisme. Céphalalgie assez fréquente, survenant le plus souvent après des contrariétés. A la suite d'une union malheureuse, chagrins et querelles de ménage qui ne cessent qu'avec la mort de son mari, en 1870.

---

(1) Communication à la Société de Biologie. Juin 1880.

Tentative de suicide à l'aide d'un revolver, il y a douze ans, comme conséquence d'une discussion avec son mari et tentative d'homicide le même jour sur son mari.

En 1872, après une perte considérable d'argent qui l'obligea d'entrer dans une famille comme femme de chambre, elle devint de plus en plus triste et bizarre. Pendant les trois derniers mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital, elle avait des disputes avec tout le monde et à tout propos ; en même temps elle avait une indifférence et même mauvais traitement pour ses enfants qu'elle aimait beaucoup auparavant.

Le 12 mai 1880, à la suite d'une discussion très vive avec sa sœur, elle lui écrit une lettre pleine de reproches de tous genres. Très excitée toute la journée, elle se réveille le lendemain avec de la difficulté pour parler, la langue étant « comme empâtée », « comme paralysée », dit sa fille ; impatientée de ne pouvoir nommer les objets dont elle avait besoin, elle prend du papier, mais se trouve incapable d'écrire ; elle barbouillait le papier sans pouvoir figurer une lettre. L'embarras de la parole s'accentue et trois jours après, elle ne peut désigner qu'à l'aide de gestes les différents objets; elle paraît comprendre la question qu'on lui adresse, mais ne dit en réponse que « oui » ou « non ».

A son entrée à l'hôpital, le 24 mai, la malade peut prononcer des phrases entières, nomme quelques objets, comme « cuvette, timbale, » ne réussit pas à nommer les autres, comme « chaise, crayon, etc. » en indiquant toutefois l'usage de ces objets.

Elle peut lire quelques mots, au milieu d'une phrase, comme « Pont-neuf », mais sans les comprendre; sur la pancarte elle reconnaît son nom et le montre du doigt. Invitée à copier quelques mots, elle ne peut reproduire qu'une lettre (P) et rapidement après elle se trouve « buttée » suivant son expression. Quelques instants après, elle reprend le crayon et écrit son nom et « je ne puis ». Elle peut bien lire un nombre de trois chiffres, sans comprendre la valeur de ce nombre, mais écrit sous la dictée un nombre de deux ou trois chiffres très correctement.

En marchant, elle traîne la jambe droite; le bras droit est plus faible que le bras gauche.

La commissure droite est à peine abaissée.

Sensibilité générale légèrement diminuée du côté droit.

Sensibilité spéciale intacte. Au cœur rien de particulier. Pas d'athérome artériel.

3 juin : La malade peut encore nommer certains objets « canif, clef, bol, livre », dit bien son nom, peut l'écrire, mais ne sais pas le lire. Elle ne parvient pas à distinguer au toucher les différents caractères en relief. Céphalalgie à gauche. Vomissements fréquents à jeun, après avoir mangé et après tout mouvement un peu vif de la tête.

Les jours suivants, l'aphasie, l'hémiplégie et l'hémianesthésie du côté droit s'accentuent de plus en plus. Abattement très prononcé; la malade reste la plupart du temps assoupie; il faut insister beaucoup pour attirer son attention.

6 juin : Elle repousse le livre qu'on lui présente, elle ne sait ni nommer la fourchette ni indiquer son usage; répond par des signes de tête, ne reconnaît personne.

Le 10, la malade paraît beaucoup plus éveillée. A la visite du matin, elle demande à manger. On lui demande si elle aime les écrevisses, elle répond par un signe affirmatif. Alors on lui montre une écrevisse vivante. Elle la reconnaît, sourit et à l'aide d'une mimique expressive, fait voir son dégoût. Elle ne reconnaît pas le mot « écrevisse » écrit devant elle, mais elle lit son nom écrit à côté et ne peut lire son petit nom mis au-dessous du précédent. Le lendemain, elle retombe dans l'état comateux.

A partir du 16 juin, incontinence d'urine et de matières fécales.

Le 24, une escharre de 4 centimètres apparaît sur les fesses.

2 juillet : La malade est plus éveillée; elle reconnaît les personnes qui la soignent. A la question « Comment allez-vous? », elle répond « Toujours de même. » Mais après avoir prononcé ces quelques paroles, elle se fatigue facilement; interpellée vivement, elle dit : « Mais j'entends bien. »

Elle ne sait plus nommer aucun objet, mais elle distingue leurs noms si on les prononce devant elle, essaie de lire à plusieurs reprises, mais n'y parvient pas; fatiguée et découragée, elle repousse le livre.

Le 4, elle cause un peu le matin : « Combien cela vous a-t-il coûté? » prononce-t-elle quand on lui montre un éventail. Elle paraît comprendre les questions qu'on lui pose.

Le 5, à la visite du matin, elle répond par « oui » ou « non » à toutes les questions qu'elle paraît comprendre. A 3 heures de l'après-midi, elle ne reconnaît pas ses enfants. Les jours suivants, l'état comateux persiste le matin aussi bien que le reste de la journée.

Le 6, la jambe droite est complètement paralysée; on observe quelques petits mouvements dans le bras droit. La commissure droite s'est un peu abaissée.

Râles crépitants de la congestion pulmonaire à la base des deux poumons.

Le 8, la malade tourne la tête à l'appel de son nom, mais elle refuse toute nourriture; elle reconnait confusément une de ses filles.

Le 9, coma.

Le 10, mort à 3 heures du matin. A l'autopsie faite le 11 juillet, on trouve : rigidité cadavérique nulle dans le membre supérieur droit et presque nulle dans le membre inférieur droit; rigidité beaucoup plus notable sans être très prononcée dans les membres du côté gauche.

Pas de liquide dans la plèvre, pas d'adhérences pulmonaires.

Quelques ecchymoses sous-pleurales. La base des deux poumons, très congestionnée, présente quelques petits noyaux apoplectiques. La muqueuse de la trachée est rouge, épaissie, mamelonnée. La muqueuse des divisions des bronches, jusqu'à celles de quatrième ordre, présente les mêmes caractères.

Pas de dilatation bronchique.

Cœur : Une petite plaque laiteuse sur le ventricule droit. L'adipose du cœur n'est pas très prononcée. Quelques petites nodosités sur le bord libre de la mitrale. La valvule droite présente une petite plaque laiteuse. L'endocarde pariétal est un peu louche, blanchâtre au niveau de la mitrale. Les valvules aortiques sont saines. Le myocarde est en dégénérescence graisseuse (feuille morte très nette). Brides assez résistantes entre le lobe gauche du foie et le diaphragme ainsi qu'entre la face convexe de la rate et le diaphragme.

Le foie est gras. La rate ne présente rien de particulier.

Les reins présentent un peu de tuméfaction, trouble de l'épithélium avec gonflement de la substance corticale.

Pas d'adhérences de la capsule.

Le col de l'utérus est ulcéré; la lèvre antérieure est hypertrophiée.

Un petit kyste de l'ovaire droit, du volume d'un gros pois.

Cerveau : A l'ouverture du crâne, les parois osseuses paraissent être saines. La pie-mère est fortement injectée au niveau des lobes frontaux. Hémisphère gauche, pie-mère très injectée sur les trois circonvolutions frontales, la pariétale ascendante et les orbitaires; nulle adhérence au tissu cérébral. La circonvolution frontale et pariétale ascendante ainsi que les trois frontales ne présentent extérieurement aucune lésion apparente. On trouve à la partie antérieure de la scissure inter-pariétale un gonflement de la substance cérébrale occupant la moitié inférieure du lobule pariétal inférieur, ainsi que la partie postérieure de la première frontale.

Coupe préfrontale. Rien de particulier.

Coupe pédiculo-frontale. Rien.

Coupe frontale. Aucune espèce d'altération ni des faisceaux pédiculo-frontaux supérieur, moyen et inférieur, ni des ganglions, ni de la capsule interne.

En particulier, le faisceau de la troisième frontale, ainsi que le reste de l'écorce grise de cette dernière, a conservé une parfaite intégrité.

Coupe pariétale. Rien d'anormal.

Coupe pédiculo-pariétale. On trouve un commencement de lésion constituée par un néoplasme de couleur rose, très vasculaire avec deux points jaunes au centre. Ce néoplasme ne se limite pas nettement du tissu cérébral ambiant. Il est placé en dehors de la queue du noyau caudé et pénètre dans le faisceau pariétal supérieur, dans le faisceau inférieur et dans le faisceau sphénoïdal.

Sur une coupe passant par le milieu de la scissure inter-pariétale, on voit la tumeur occuper toute la masse blanche. Elle est située dans son épaisseur, arrive jusqu'à la circonférence du lobule pariétal inférieur qu'elle affleure : elle se trouve presque entièrement dans le lobe pariétal inférieur. Elle détruit complètement le faisceau sphénoïdal ainsi que le faisceau pariétal inférieur.

La tumeur a le volume d'une mandarine, 5 centimètres sur 6. Elle est constituée par un tissu gris rosé, dont il ne reste pour ainsi dire que des

vestiges à la périphérie sous forme d'une coque. L'intérieur est formé en partie par un tissu blanc grisâtre, caséeux et par un kyste du volume d'une grosse amande contenant un liquide qui ressemble à de la gélatine.

Coupe occipitale. Aucune lésion.

L'hémisphère droit ne présente rien d'anormal, sauf la congestion de la pie-mère sur le lobe frontal. Les points moteurs ainsi que les trois circonvolutions frontales ne présentent aucune altération extérieure. On ne trouve également aucune lésion sur les différentes coupes. Le cervelet et le bulbe sont parfaitement sains, ainsi que les artères de la base.

Examen microscopique pratiqué par M. le Dr Déjérine. Par dissociation à l'état frais et après séjour dans l'alcool au tiers, on obtient des éléments qui se présentent ainsi qu'il suit :

Une masse protoplasmique se colorant en jaune par le picrocarmin, contenant un noyau et un nucléole. Ce protoplasma cellulaire est hérissé d'une grande quantité de prolongements s'anastomosant avec les prolongements d'une cellule voisine. Ces prolongements font ressembler ces cellules à une araignée de Jastrowitz, Boll et Golge. Elles sont tout à fait analogues aux cellules de tissu conjonctif telles qu'elles ont été décrites par le professeur Renaut, de Lyon, en 1877. Au milieu de ces éléments, on trouve de temps en temps quelques cellules géantes. Nous avons donc affaire ici à un sarcome névrolgique pur.

OBSERVATION VIII

(De MM. d'Heilly et Chantemesse)

Cécité et surdité verbales (1).

La nommée Cl..., âgée de 24 ans, entre le 12 octobre 1881, salle Rostan, n° 23, dans le service de M. d'Heilly, à l'hôpital Saint-Antoine.

A la visite du matin, nous trouvons la malade couchée sur le côté gauche; elle est pâle, très amaigrie, elle tousse beaucoup, le pouls est petit et fréquent, la température marque 38° 5. A toutes les questions qu'on lui pose, elle lève la tête, regarde attentivement son interlocuteur et répète 5 ou 6

(1) *Progrès médical*, 1883, p. 22.

fois de suite, avec des intonations différentes : parce que, parce que, parce que... Ce sont les seules paroles qu'on ait pu obtenir d'elle depuis hier soir. L'examen plus complet nous donne les renseignements suivants : signes de la tuberculose au deuxième degré, dans les deux sommets des poumons; les battements du cœur sont normaux, on ne découvre ni bruit de souffle, ni déviation de la pointe qui bat dans le 4e espace intercostal un peu en dedans du mamelon. Le ventre est souple, pas de changement de volume appréciable à la palpation et à la percussion des principaux viscères.

Les ganglions de l'aine sont hypertrophiés de chaque côté; il s'écoule du vagin une assez grande quantité de liquide séro-purulent d'odeur infecte, et on constate en arrière du méat urinaire la présence d'une petite tumeur végétante, fongueuse, attenant à la paroi supérieure du vagin. Incontinence d'urine et de matières. La motilité paraît intacte et tous les mouvements faciles, la sensibilité générale à la piqûre, au chatouillement est conservée. Notable quantité d'albumine dans les urines; pas de sucre. La malade ne répond les mots : parce que, parce que, que lorsqu'on l'interpelle, sinon elle reste toute la journée tranquille, poussant de temps en temps des gémissements. Elle prend sur sa table de nuit les aliments qu'elle désire, se sert très bien du couteau, de la fourchette, se verse à boire et a soin chaque fois de mettre une certaine quantité de tisane dans son vin.

15 octobre : La personne qui a amené la malade à l'hôpital nous donne quelques renseignements : elle est fille de brasserie, sa santé a été assez bonne jusqu'à ces derniers temps. Depuis quatre mois, elle a commencé à tousser, à maigrir et à souffrir dans le bas-ventre; elle pouvait néanmoins continuer son travail; elle lisait et écrivait convenablement. Le 12 octobre au soir, elle perdit subitement la parole, sans avoir présenté aucun phénomène d'apoplexie; elle ne répondit plus que : parce que, parce que; on l'amena aussitôt à l'hôpital.

Aujourd'hui, l'état général est meilleur. A toutes les questions qu'on lui pose, et avec quelque insistance qu'on les lui répète, elle répond invariablement : « Oui, Monsieur; oui, Monsieur. » Ou bien : « parce que, parce que »; cependant ce matin, en arrivant à son lit et en lui demandant : « comment allez-vous? » elle a répliqué : « je vous remercie, Monsieur, je vais mieux. »

Il a été impossible de lui faire redire cette phrase. Elle ne comprend pas les paroles qu'on prononce devant elle; elle regarde attentivement quand on lui parle, mais les mots ne semblent réveiller chez elle aucune image, aucun souvenir. Ce défaut de compréhension n'est pas sous la dépendance d'une lésion de l'appareil auditif : l'ouïe est conservée, et, si on approche de son oreille, une montre, sans qu'elle l'aperçoive, elle se retourne immédiatement, regarde l'objet et sourit. Le souvenir de tous les mots n'est pas indistinctement perdu. Lorsqu'on lui dit : « mettez la main sur ma tête », elle hésite un instant, parait chercher à se souvenir et reste immobile; si la phrase est accompagnée d'un geste montrant la tête de celui qui lui parle, immédiatement elle place la main sur l'endroit indiqué; de même encore « donnez-moi la main », elle ne bouge pas; mais si en lui parlant, on lui tend la main, aussitôt elle avance la sienne. On place devant elle plusieurs pièces d'argent et d'or et on prononce : « choisissez », elle reste immobile; on lui fait signe d'en prendre une, elle saisit aussitôt la pièce d'or avec une visible satisfaction.

Le calcul parait bien conservé. Nous lui demandons : savez-vous jouer aux cartes? « oui, monsieur » à l'écarté? « oui, monsieur. » Voulez-vous jouer? « oui, monsieur ». Les cartes sont battues et lui sont présentées; elle prend son jeu et le dispose comme on fait d'habitude. Dans le courant de la partie, elle ne se trompe jamais ni sur la couleur ni sur la valeur. Lorsque la carte qu'elle possède est supérieure à celle de l'adversaire, elle joue sans hésitation et relève les deux cartes rapidement; son gain ne lui semblant pas faire l'objet de la plus petite difficulté. A la fin, en donnant elle-même les cartes sans la moindre erreur, elle fait tourner le roi ; aussitôt elle se met à rire et arrête le jeu.

16 octobre : Une de ses amies qu'elle n'avait pas vue depuis deux mois, vient la voir; elle l'accueille avec un sourire et lui tend la main; mais elle ne peut lui dire autre chose que : « parce que, parce que. » Elle ne paraît pas comprendre ce que lui dit son amie, comme aussi elle ne semble pas avoir conscience que les mots qu'elle prononce ne signifient rien. Bien qu'elle se serve correctement de son couteau, son verre, ses aliments, lorsqu'on lui en demande le nom, elle dit « du plan », le vin « du plan », une assiette « du plan ». Le mot « plan » revient indifféremment sans qu'elle

s'impatiente de prononcer un mot inexact ou qu'elle paraisse même remarquer cette inexactitude. Voulez-vous de l'orange? « oui, monsieur. » Vous ne voulez pas d'orange? « oui, monsieur ». Voulez-vous du vin? oui, monsieur ». Les trois réponses « oui, monsieur » sont faites sur le même ton; elle ne regarde que l'orange et tend la main pour la prendre. La sensibilité générale cutanée à la piqûre, au chatouillement, au froid est égale de l'un et de l'autre côté et paraît n'avoir subi aucun affaiblissement.

Nous chatouillons la plante du pied, aussitôt la malade retire les jambes, les replie sous elle et nous dit en riant : « grâce, Monsieur. » Il est impossible, malgré toutes les tentatives, de lui faire répéter cette phrase. La lecture et l'écriture sont complètement abolies; elle ne reconnaît son nom, pas plus quand on le lui montre sur la pancarte, que lorsqu'on le prononce devant elle; elle ne peut donc rien écrire sous la dictée. Nous essayons de lui faire copier son propre nom; elle prend le crayon, place le papier, trace avec peine la première lettre et ne va pas plus loin.

Nous n'avons pas tenté de la faire écrire de la main gauche pour constater si l'écriture était renversée et si la lettre qu'elle pouvait encore tracer était dirigée de droite à gauche, comme dans les cas étudiés par Buchwald, chez les aphasiques hémiplégiques droits, sous le nom d'écriture en miroir.

Le goût et l'odorat, pas plus que l'acuité visuelle n'ont été étudiés bien complètement.

La très grande difficulté de se faire comprendre de la malade autrement que par gestes rendait cet examen très difficile. Nous avons noté toutefois qu'elle prenait grand plaisir à manger des oranges.

20 octobre : Elle tousse beaucoup, a de la fièvre chaque soir. Appétit très faible. Presque chaque matin, en s'approchant de son lit et en lui demandant : « comment allez-vous? » on obtient la réponse : « je vous remercie, Monsieur, je vais un peu mieux. » Si c'est la surveillante qui vient auprès d'elle, elle lui dit, Madame. Elle reste toute la journée couchée, est très faible et souffre d'une diarrhée continuelle. Malgrés les injections antiseptiques, il s'écoule toujours du vagin un liquide séro-purulent très fétide.

La cachexie fait des progrès; l'intelligence de la malade est aussi nette qu'à son entrée à l'hôpital; pendant l'après-midi, elle regarde avec attention tout ce qui se passe dans la salle; elle s'intéresse aux actes ou aux jeux

des autres malades qui sont autour d'elle, et voyant un jour une de ses voisines faire une plaisanterie à une autre, elle se mit à rire aussitôt.

2 novembre : L'état général s'aggrave; la toux et la fièvre sont plus intenses; l'appétit a presque complètement disparu.

3 novembre : Mort dans le marasme.

Autopsie : Signes de la tuberculose au 2^{me} et au 3^{me} degrés dans les deux poumons. Cœur sain ; pas de lésion d'orifice.

Noyaux caséeux dans les deux reins.

Eruption confluente de tubercules miliaires sur la muqueuse vésicale et uréthrale. La petite tumeur ulcérée et fongueuse qui siégeait à l'entrée de la vulve, sur la paroi antérieure du vagin, est développée tout autour de l'urèthre. L'examen microscopique a montré qu'elle était constituée par des productions tuberculeuses développées sur la muqueuse de l'urèthre. Les lésions constatées dans les autres organes n'offrent qu'un faible intérêt dans le cas qui nous occupe. Le crâne ouvert, nous n'avons trouvé rien à signaler dans les méninges et les artères de la base de l'encéphale, rien dans le cervelet et le bulbe. L'hémisphère cérébral droit est parfaitement sain. L'hémisphère gauche présente à sa surface un ramollissement jaune des circonvolutions situées en arrière de la zone motrice, dans le point que nous allons déterminer. Nous trouvons en effet un petit nodule thrombosique dans la 4^{me} branche de l'artère sylvienne gauche, celle qui longe la scissure de Sylvius : cette thrombose est située immédiatement au-delà du lieu d'origine de l'artériole qui part de la sylvienne pour aller se répandre sur la partie antérieure du prolongement sphénoïdal. Le territoire sous-jacent aux ramifications de l'artère obstruée est atteint de nécrobiose; on y retrouve à l'examen microscopique des corps granuleux. La région dégénérée occupe la moitié supérieure de la première circonvolution temporo-sphénoïdale dans sa moitié postérieure, la plus grande partie du lobule pariétal inférieur, le lobule du pli courbe et une petite portion du pli courbe. Rien sur la surface externe de la troisième circonvolution frontale.

Pour juger de la profondeur de la lésion, nous avons pratiqué la coupe de Flechsig; nous nous sommes assurés alors que la dégenérescence était à peu près exactement limitée à l'écorce grise dans les points correspondants à la coloration jaunâtre visible sur la surface corticale.

Le ramollissement n'intéressait le lobule de l'insula que dans sa région la plus reculée, immédiatement en arrière de l'avant-mur. Intégrité absolue des deux premières circonvolutions de l'insula, de la circonvolution de Broca et des autres parties constituantes de l'hémisphère.

OBSERVATION IX

de M. Magnan (1).

Cécité des mots.

En janvier 1880, Magnan présentait dans une séance de la Société de biologie un homme de 64 ans qui pouvait parfaitement écrire sans pouvoir relire ce qu'il avait écrit.

L'autopsie de cet homme a montré, pour l'hémisphère gauche, un vaste foyer de ramollissement sphéno-pariétal décollant presque en entier le pli courbe, se faisant jour à la surface corticale :

1° Au bord inférieur et à la face interne du lobe sphénoïdal par une plaque fusiforme d'un brun jaunâtre de douze centimètres dans le sens longitudinal et de deux centimètres cinq millimètres transversalement à la partie moyenne la plus large ; 2° à la face externe en trois points : à l'extrémité postérieure de la troisième circonvolution temporale et à la partie avoisinante de la deuxième occipitale, dans le sillon qui sépare le pli courbe du lobule pariétal supérieur et à la partie moyenne du sillon interposé entre la pariétale ascendante et le lobule pariétal supérieur. Dans ces trois régions, c'est par une simple bande jaunâtre de deux centimètres à deux centimètres et demi de longueur que le ramollissement apparaît à la surface. La circonvolution pariétale ascendante est intacte et forme la limite supérieure du foyer qui se termine en s'amincissant au fond du sillon.

Le pli courbe profondément atteint est déprimé et son écorce se trouve réduite à une épaisseur de quatre à cinq millimètres environ. En bas et en avant le ramollissement s'étend à la partie moyenne du lobe sphénoïdal, laissant entièrement libre la première circonvolution temporale et n'attei-

(1) Société de biologie, 1883, p. 319.

gnant que partiellement les parties profondes de la seconde. En avant, on voit une lacune du volume d'un petit pois, à l'extrémité postérieure du sillon de séparation de la première et de la deuxième frontales ; un petit foyer hémorragique au fond de l'extrémité postérieure du sillon situé entre la deuxième et la troisième frontales. Sur une coupe pédiculo-frontale, on trouve un foyer de ramollissement du volume d'un petit pois, immédiatement en dehors de la paroi ventriculaire, au-dessous du corps calleux ; le pied de la troisième circonvolution frontale est criblé de petites lacunes donnant à toute cette région l'aspect d'un bois vermoulu. Les coupes pariétale et pédiculo-pariétale ne font découvrir aucune lésion.

Sur l'hémisphère droit, on trouve un foyer de ramollissement du volume d'un petit pois, au tiers antérieur de la deuxième circonvolution orbitaire ; une lacune superficielle au pied de la deuxième frontale ; une plaque de ramollissement du volume d'une pièce de deux francs comprenant l'épaisseur de l'écorce, à l'extrémité postérieure du lobule pariétal supérieur et en arrière du pli courbe. La coupe pédiculo-frontale montre deux lacunes dans l'épaisseur de la deuxième circonvolution frontale et deux lacunes très grêles sur le noyau intra-ventriculaire du corps strié.

La coupe frontale met à découvert quatre petites lacunes, deux sur la couche optique et deux sur le putamen.

Sur la coupe pédiculo-pariétale, on voit une lacune dans l'épaisseur du lobule pariétal supérieur et un foyer du volume d'un petit pois sur le lobule pariétal inférieur.

Le cœur est surchargé de graisse. L'aorte est pavée de plaques athéromateuses. Les deux reins sont le siège de nombreux infractus. Le foie et la rate n'offrent point d'altération.

« Les nouvelles recherches, dit Grasset (1) tendent à démon-
» trer que le pied de la troisième frontale gauche est le siège
» de la lésion dans l'aphasie de transmission, le siège de la
» surdité verbale étant dans la première temporale gauche, et
» le siège de la cécité verbale dans le lobule pariétal du même

(1) *Montpellier-Médical*, 1884.

» côté. » Nous ne pouvons mieux faire que de citer son observation.

OBSERVATION X

De Grasset.

Aphasie complexe : cécité et surdité verbales ; agraphie, aphasie motrice. Légère hémiplégie droite de courte durée.

Mme S... (de Gignac), m'est adressée par le docteur Malabouche, le 12 avril 1883. 47 à 48 ans, très bonne santé antérieure ; quelques rougeurs fréquentes à la figure. Règles irrégulières et surtout très peu abondantes depuis quelque temps. A trois enfants, dont deux bien portants, l'autre est mort rapidement à deux ans (cause inconnue). Aucune maladie dans la famille, une tante est nerveuse et se plaint souvent de la tête (?). Tempérament sanguin ; vie à la campagne. Dans les premiers jours de mai 1882, étant allée laver à la rivière, elle rentre chez elle, dit à son mari : « Vois comme je suis » et ajoute des mots sans aucun sens, répétant souvent une même association de syllabes, disant un mot pour l'autre. Cet état dure quelques minutes encore, puis elle tombe sans connaissance et reste deux jours ainsi. Au réveil, elle est complètement aphasique avec une légère hémiplégie droite actuellement à peu près complètement disparue. Rien à la marche. Elle sert très bien la main droite, aucune déviation de la face ou de la langue. Peut-être une légère diminution de la sensibilité à la main droite. De plus, douleurs plus ou moins vives, quelquefois violentes (arrachant des cris à la malade, dit M. Malabouche), dans toute l'étendue du bras droit, revenant à intervalles réguliers.

Logoplégie : L'aphasie est complète ; elle articule très bien les mots et toutes les syllabes, mais ce sont des mots sans aucune espèce de sens. On ne comprend le plus souvent absolument rien de ce qu'elle veut dire. Elle fait rire les personnes qui l'accompagnent, par l'expression de sa figure, qui indique qu'elle veut dire quelque chose de suivi et de raisonnable, contrastant avec les mots sans suite qu'elle exprime.

Cécité des mots : Elle ne peut pas lire du tout (ni à haute voix, ni mentalement, ni l'écriture, ni l'imprimé). Elle n'exécute pas les ordres donnés

par écrit. Elle y voit cependant très bien. Elle ne savait du reste pas dessiner, mais lisait et écrivait très bien.

Agraphie : Elle ne peut pas écrire du tout; elle copie assez bien, mais lentement et avec peine.

Surdité des mots : Le plus souvent elle ne comprend pas les mots qu'on lui dit : « Levez deux doigts ». Elle ne le fait pas. Il faut lui mettre une main sur la sienne en faisant le geste de la soulever, l'autre main montrant les deux doigts. Alors elle le fait. Elle obéit bien, d'une manière générale, aux gestes et à la mimique. Du reste, la surdité verbale n'est pas absolue. En fixant bien son attention, on lui fait quelquefois entendre quelques mots. Ainsi, après lui avoir fait lever deux doigts par geste, on lui dit : « Levez trois doigts », elle le fait. L'ouïe est d'ailleurs très bonne, elle entend très bien la montre.

L'intelligence est très difficile à analyser. Il est impossible de dire si elle est intacte. Mais on peut cependant affirmer qu'elle est plus que suffisante pour ne pas expliquer l'aphasie.

Par la parole, avec beaucoup d'attention et en s'aidant des gestes, on lui fait faire souvent ce qu'on veut. J'ai même pu lui faire lever quatre doigts en lui demandant combien font deux et deux. Le docteur et son mari constatent, dans la vie quotidienne, des preuves incontestables de conservation de son intelligence. C'est la manière d'entrer en communication avec ses semblables qui lui manque.

Athérome de la radiale ; souffle léger, mais bien net au premier temps et à la base du cœur. Rougeurs à la figure.

Lésions diagnostiquées : Je diagnostique un foyer de ramollissement cortical occupant le pied de la troisième frontale gauche et s'étendant du même côté sur la première temporale et le lobule pariétal inférieur.

Inutile d'insister sur le traitement révulsif, résolutif et anti-herpétique qui fut institué : je n'ai plus revu la malade.

A. Rosenthal a récemment publié un cas de surdité verbale. Mais son malade lisait très mal, si mal qu'à la question écrite : « Comment vous portez-vous? », il répondait en signant son nom. Il avait donc de la cécité verbale.

L'autopsie montre, outre une destruction de la première temporo-sphénoïdale de la portion adjacente de la seconde, que la lésion s'étend au point de jonction de la circonvolution avec le pli courbe et le lobule pariétal inférieur, et qu'en ce point existe une dépression marquée, ce qui nous ramène, comme l'observation elle-même, à la cécité verbale.

Telles sont les principales observations recueillies jusqu'à ce jour, où les nécropsies aient pu assez bien montrer le siège de la lésion causale de la cécité des mots.

Il résulte de la comparaison de ces quelques faits que les lésions cérébrales dont dépend la cécité verbale, occupent, sur l'hémisphère gauche la partie postérieure du lobule pariétal inférieur.

CHAPITRE III

Nous terminerons cette étude des troubles caractérisant la cécité verbale par un cas de perversion du sens de l'espace chez une malade dont M. le professeur Badal a bien voulu nous communiquer l'observation détaillée.

Peu d'observations offrent un assemblage aussi étrange de phénomènes bizarres et en apparence incohérents.

On trouvera réunis chez le même sujet, avec une acuité centrale excellente, une hémianopsie inférieure double, chose déjà assez rare par elle-même, de l'alexie, de l'agraphie, un trouble profond du sens de l'espace, etc.

OBSERVATION XI

de M. Badal.

Alexie. Agraphie. Hémianopsie inférieure. Trouble du sens de l'espace.

La malade, Valérie Clém... est une femme de 31 ans, brune, de taille un peu au-dessous de la moyenne, bien constituée, mais d'apparence grêle et délicate. Fille de cultivateur, elle a été élevée à la campagne jusqu'à l'âge de 18 ans, après quoi, pendant une dizaine d'années, elle a servi comme cuisinière dans différentes familles. Elle s'est mariée à Bordeaux, il y a 18 mois. Jusque là, sa santé n'a rien présenté de particulier. Elle se rappelle avoir eu la rougeole étant toute jeune et, plus tard, une ulcération au pied attribuée à la marche et à la fatigue.

Réglée à l'âge de 16 ans, sa menstruation a toujours été régulière, jamais il n'y a eu de troubles nerveux.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de saillant. La mère est morte à soixante ans d'une affection aiguë ; le père, quelque peu adonné à la boisson, jouit encore d'une excellente santé, malgré ses 72 ans. Sur dix enfants, quatre sont morts en bas âge, un cinquième pendant qu'il accomplissait son service militaire, les autres sont bien portants ; une sœur, toutefois passe pour très nerveuse. Sur tout cela, il n'y a d'ailleurs que des souvenirs assez confus et il semble que la mémoire ait subi quelque atteinte. Le mari nous affirme qu'il n'en est rien. Avant la maladie actuelle, sa femme, dit-il, n'en savait pas beaucoup plus long ; elle a quitté sa famille depuis longtemps et a fini par perdre de vue ses plus proches parents. Nous verrons cependant qu'il y a manifestement de l'amnésie, du moins sur certains points. Quelques mois après son mariage, Valérie est devenue grosse, la santé est restée bonne jusqu'au huitième mois de la gestation, mais alors apparut un œdème des extrémités inférieures qui s'accrut très vite. L'examen des urines ne releva cependant rien d'anormal, et c'est seulement quelques semaines après que l'on put y trouver des traces d'albumine. Le 18 octobre 1887, l'œdème, devenu considérable, avait envahi les cuisses et le bas-ventre ; la jeune femme, de plus en plus inquiète, va trouver son accoucheuse ; elle en revient congestionnée, la figure marbrée de taches rouges, passe une mauvaise nuit, est prise le lendemain matin d'épistaxis abondante et enfin, dans l'espace d'une heure, a quatre violentes attaques d'éclampsie à la suite desquelles elle est transportée sans connaissance à l'hôpital Saint-André.

L'histoire de la malade, pendant son séjour à la clinique d'accouchement, a été résumée dans une note que veut bien nous transmettre la maîtresse sage-femme du service. Le 19 octobre, jour de l'entrée, sept grammes d'albumine pour mille. État comateux, respiration régulière, pouls à 80 ; pas de congestion de la face ; l'œdème est énorme, a envahi les grandes lèvres et les parois abdominales. Le fœtus est vivant, la tête engagée ; les contractions utérines se reproduisent toutes les dix minutes.

Dès son arrivée (1 heure 1/2 du soir), la malade est soumise à l'action du chloroforme. Injections vaginales au sublimé. Il y a de temps en temps quelques contractions musculaires, un peu d'agitation. Trois heures après, la résolution est complète ; on cesse la chloroformisation. A 5 heures, la

malade reprend connaissance et peut donner quelques renseignements sur son état antérieur; depuis déjà deux ou trois jours, elle éprouvait une céphalalgie frontale vive, des douleurs épigastriques, une certaine torpeur générale, mais sa vision n'avait subi aucune atteinte.

Les attaques d'éclampsie ne se reproduisent pas, la soirée et la nuit sont relativement bonnes et, à la visite du matin, on constate que la situation a beaucoup perdu de sa gravité. Huit jours se passent pendant lesquels il n'y a plus de contractions utérines. La proportion d'albumine se montre d'un jour à l'autre variable (de 1 à 7 grammes); l'infiltration est toujours considérable, cependant l'état général est assez bon.

Le 27, au soir, naissance d'un enfant vivant, du sexe féminin, pesant 900 grammes, venu par le sommet; une heure et demie après, expulsion d'un second enfant vivant, une fille également, venue par le siège et pesant 2,200 grammes. Une heure après, à la suite d'une traction exercée sur l'un des cordons, hémorragie très abondante, inquiétante et qui ne cesse que par la compression utérine. La patiente est devenue très pâle; bourdonnements d'oreilles, lipothymies. La délivrance se fait cependant sans autre accident. Dans la soirée, un peu de subdélirium; les urines retirées par la sonde renferment 7 grammes d'albumine. Nuit tranquille; au réveil, miction abondante avec un gramme seulement d'albumine pour mille. La pâleur est extrême, les muqueuses sont décolorées; souffle cardiaque; un peu de manie puerpérale. La malade parle seule, il lui arrive parfois d'appliquer le même nom à des objets différents; elle est très sensible au froid et son délire augmente dès qu'on la découvre. L'œdème a déjà considérablement diminué.

Pendant la semaine qui suit, le subdélirium persiste plus ou moins marqué; hallucinations et parfois refus de prendre des aliments. Les pupilles sont dilatées, paresseuses, l'œil gauche est fermé; la malade ne peut l'ouvrir. Il paraît y avoir eu une paralysie du releveur de la paupière supérieure, qui aurait persisté une huitaine de jours. La vision semble profondément troublée; l'examen ophtalmologique ne montre cependant aucune lésion du fond des yeux.

Les urines, toujours très abondantes, ne renferment plus d'albumine; l'œdème diminue graduellement, mais il y a des douleurs utérines; les

lochies sont fétides. La température est montée un moment à 40° et il a fallu appliquer un vésicatoire sur le bas-ventre.

Bientôt cependant cet état s'améliore; le délire cesse et le 4 novembre, huit jours après l'accouchement (quinze jours après les attaques d'éclampsie), tout danger semble avoir disparu ; mais le trouble de la vue persiste et présente un caractère des plus insolites. Anémie profonde, faiblesse extrême. La malade quitte l'hôpital et va passer quelques jours chez elle. Elle nous est conduite à la fin de décembre; l'état de la vision et certains désordres fonctionnels déjà constatés à l'hôpital ne se sont en rien modifiés. Faisons remarquer qu'en dehors de l'état comateux, conséquence des attaques d'éclampsie du 19 octobre, il n'a été noté à la clinique d'accouchement rien de grave du côté de la motricité, il y a eu notamment ni hémiplégie, ni aphasie. On a bien remarqué que Valérie avait de la peine à trouver les objets dont elle avait besoin, qu'elle se montrait mal habile à saisir ceux qu'on lui présentait, qu'elle marchait à tâtons, qu'elle ne pouvait ni s'habiller, ni manger sans le secours de l'infirmière, mais ces troubles divers, comme aussi l'impossibilité de lire ou d'écrire, étaient, avec appa rence de raison, mis sur le compte de l'amblyopie et il était permis d'espérer qu'ils se dissiperaient peu à peu. Il n'en a rien été, la situation est restée exactement la même.

Dès qu'il n'y a plus quelqu'un auprès d'elle pour l'assister, la pauvre femme se trouve dans l'obligation de garder le repos; non seulement elle ne peut s'occuper de son ménage, bien que ses forces soient à peu près revenues, mais elle ne parvient pas même à s'orienter dans son appartement; dès qu'elle essaie de marcher, elle se heurte à tous les meubles et cependant elle peut voir distinctement les objets les plus petits, de loin comme de près, du moins en se plaçant dans certaines conditions. Les occupations les plus simples, celles qu'on exécute d'une manière en quelque sorte inconsciente, sont devenues des opérations fort compliquées qu'elle ne saurait mener à bonne fin, malgré une attention extrême ; par exemple, elle ne peut s'habiller seule sans s'exposer à mettre ses vêtements à l'envers, à prendre la manche gauche pour la droite ; il lui faut un temps infini pour déterminer l'ordre dans lequel doivent être mises les différentes pièces de son costume. Elle a, du reste, la plus grande peine à trouver les

objets dont elle a besoin, même lorsqu'ils sont à sa portée ; elle arrive à les voir en cherchant bien, croit pouvoir les saisir et sa main se porte constamment ailleurs, comme s'il s'agissait d'une fausse projection, conséquence de paralysie des muscles du globe ; il n'en est rien cependant, jamais il n'y a eu ni strabisme, ni diplopie et les mouvements des yeux s'exécutent d'une façon normale. Cette fausse projection fait que la malade, tout en distinguant d'ailleurs fort bien le fil et le châs d'une aiguille qu'on lui met entre les mains, ne parvient pas à l'enfiler. On est obligé, toujours par la même raison, de la coiffer, de l'assister en toutes choses, de lui donner à manger comme à un tout jeune enfant, sinon elle pique dans son assiette à tort et à travers, renverse son verre, etc. Non seulement les travaux manuels les plus familiers : la couture, le tricot, sont devenus impossibles, mais Valérie, à son grand chagrin, ne peut, depuis son accouchement, ni lire ni écrire, ce qu'elle faisait couramment autrefois. Elle distingue et nomme cependant, comme nous le savons, les caractères les plus fins. Dans la rue, elle ne peut marcher qu'au bras d'une personne qui la guide ; elle reconnaît le numéro des maisons lorsqu'il lui tombe sous les yeux ; mais ne voit pas à temps les obstacles, manque le trottoir et a perdu complètement la faculté de se diriger même dans les quartiers qu'elle connaît le mieux. Si on la laisse seule un instant, elle va d'abord au hasard, et, après quelques pas, s'arrête très inquiète, ne sachant plus que devenir.

Voyant que cet état de choses ne s'améliorait pas, la malade a pris le parti d'entrer à la clinique ophtalmologique. Elle est assez bien remise des accidents qui ont marqué son accouchement, n'éprouve de souffrance aucune part et se plaint seulement d'une certaine pesanteur de tête. L'œdème des extrémités inférieures a disparu depuis longtemps ; aucune trace d'albumine ; les forces sont revenues ; les fonctions digestives s'exécutent régulièrement, l'appétit est excellent, peut-être même exagéré ; les nuits sont bonnes. Il n'y a pas le moindre embarras de la parole, aucune erreur dans la dénomination des objets.

La malade marche lentement, la face regardant le sol ; sa grande préoccupation est d'éviter les obstacles qui peuvent se trouver sur son chemin. Si elle essaie de marcher la tête droite, elle ne se conduit guère mieux que si elle avait les yeux fermés et se heurte à tous les meubles. Du reste, il n'y a pas d'incoordination des mouvements.

L'intelligence est nette et aussi vive que par le passé, d'après ce qu'affirme le mari ; il n'en est pas de même de la mémoire. D'une façon générale, les réponses aux questions, mêmes les plus simples, se font attendre ; il semble qu'un effort soit nécessaire pour coordonner les idées et rappeler les souvenirs. Pour ces derniers, il y a des lacunes considérables sur divers ordres de faits. Ce sera l'objet d'un paragraphe spécial.

Revenons à l'appareil de la vision.

De même que toutes les personnes de son entourage, la malade rapporte exclusivement au trouble de la vue l'impossibilité où elle se trouve de faire quoi que ce soit. La question est moins facile à résoudre qu'on ne pourrait le supposer au premier abord ; il nous a fallu un certain nombre de séances, dont les premières furent surtout très laborieuses, pour arriver à démêler, en partie seulement, cet écheveau assez embrouillé.

L'idée qui vient immédiatement à l'esprit en présence d'accidents survenus dans les circonstances que nous venons de rappeler, est qu'il doit y avoir tout au moins, entre autres choses, de la rétinite albuminurique, et bien qu'un examen fait à la clinique d'accouchement, par un de mes élèves n'eût montré, au début, rien d'anormal, mon premier soin fut de voir le fond des yeux.

On n'y trouve aucune lésion ophtalmoscopique ; les milieux transparents, les membranes profondes, pas plus que le nerf optique ne sont pour rien dans les troubles observés.

L'examen des fonctions visuelles a révélé un état de choses singulier. La vision centrale semble au premier abord être extrêmement mauvaise. Priée de lire les échelles typographiques placées à l'extrémité de la salle de clinique, Valérie commence par déclarer qu'elle ne voit même pas le tableau et, en effet, malgré qu'on lui indique par tous les moyens possibles la direction suivant laquelle elle doit fixer, son regard se porte constamment ailleurs. Enfin, mais sans pouvoir suivre aucun ordre dans sa lecture, elle finit par nommer quelques lettres au hasard, et les plus petites avec la même facilité que les grosses soit avec les deux yeux, soit avec chaque œil isolément, et nous arrivons, avec beaucoup de patience, à constater que *l'acuité centrale est absolument normale,* contrairement à ce qui a lieu, la plupart du temps, dans les rétrécissements très prononcés du champ visuel.

Toutes les couleurs, même sur une surface de très petite étendue, sont reconnues rapidement et nommées sans hésitation ; les nuances même sont parfaitement différenciées les unes des autres.

L'acuité centrale est intacte pour les couleurs aussi bien que pour les objets figurés.

Rien de particulier du côté de l'iris : les réflexes de l'accommodation et de la convergence sont conservés, de même que les réflexes sensitifs.

La mesure subjective de la réfraction statique, soit avec les verres, soit avec l'optomètre, est à peu près impossible en raison de la difficulté extrême que l'on éprouve à faire fixer quoi que ce soit, mais l'ophtalmoscope montre que les deux yeux sont à très peu de chose près régulièrement construits sous le rapport dioptrique.

L'accommodation a conservé toute sa puissance ; la malade distingue parfaitement bien et de fort près les fins caractères du livre de Snellen, ou du moins ceux que son regard parvient à rencontrer ; mais, pas plus que dans la vision à distance, elle ne peut lire couramment, et, sous ce rapport, elle est extrêmement intéressante à étudier.

Qu'il s'agisse d'impression typographique ou d'une écriture quelconque, Valérie reconnaît et nomme sans se tromper les lettres qui viennent çà et là s'offrir à ses regards et semblent s'être isolées dans le champ de la vision ; elle peut lire aussi quelques mots dont la *figure* lui est connue, mais tout cela sans ordre et comme au hasard. Impossible de dire si telle lettre se trouve placée avant telle autre et par conséquent de constituer la syllabe même la plus simple (asyllabie) ; d'établir où commence et où finit la ligne, et il faut d'assez longs tâtonnements pour reconnaître qu'un livre a été placé obliquement ou même à rebours. Bien que certaines lettres et même des mots entiers puissent encore être lus à l'envers, la malade n'en tire presque aucune indication relativement à la direction des caractères.

Pour obtenir qu'une lettre soit nommée plutôt que toute autre, il ne sert à rien de la désigner avec la pointe d'un crayon, par exemple, de manière à mieux préciser sa situation dans l'espace ; le regard se dirige constamment dans une autre direction plus ou moins voisine, et si l'on dit à Valérie de toucher avec le doigt la lettre qu'on lui indique, le doigt comme le regard, se porte partout ailleurs, sans qu'aucune règle semble présider à ces dévia-

tions. Bref, la lecture d'une phrase quelconque et de la plupart des mots est absolument impossible.

Si, au lieu de placer un livre entre les mains de la malade, on écrit au tableau, devant elle, ce qu'on veut lui faire lire on n'est pas plus heureux. Le tracé des lettres ne l'aide en aucune façon, même lorsqu'on procède lentement. Elle peut nommer sans peine les caractères isolés, mais dès qu'on place plusieurs lettres à la suite les unes des autres, elle ne parvient plus à se rendre compte de l'ordre dans lequel elles se trouvent rangées. Si on l'invite à lire, par exemple, la dernière lettre qui vient d'être écrite, elle nommera tout aussi bien la première ou celle du milieu.

Certains cas d'alexie présentent ces particularités que les sujets arrivent à lire plus ou moins facilement, les uns en reproduisant par l'écriture les caractères qui leur sont présentés, d'autres en figurant avec le doigt, dans l'espace, la forme des lettres, quelques-uns en articulant d'abord tout bas avec les lèvres. Rien de semblable ne s'observe chez notre malade. D'abord, depuis son accouchement, elle ne sait plus écrire et, lors même que l'on imprimerait à la main les mouvements nécessaires pour tracer un mot sur le tableau ou pour reproduire un mot dejà écrit et servant de modèle, cela ne lui apprend absolument rien. Quant à figurer avec le doigt, dans l'espace, la forme d'une lettre placée sous ses yeux, qu'elle voit d'ailleurs parfaitement bien et peut nommer, la chose lui est tout à fait impossible. Si l'on insiste elle ferme d'abord les yeux, comme pour se recueillir et graver dans son esprit le dessin de la lettre, et après avoir ébauché une figure quelconque, elle s'arrête découragée, avouant son impuissance. Actuellement, malgré des exercices de lecture presque quotidiens, depuis plusieurs mois, l'amélioration obtenue est à peine sensible. Si l'on trace sur le tableau les lettres BO, Valérie, après avoir épelé, arrive à faire de cela une syllabe et à prononcer Bo, mais si l'on écrit à la suite de la même syllabe BO, elle ne peut arriver à déchiffrer le mot si simple Bobo. Par contre, ainsi que je l'ai dit, elle lit sans peine les mots usuels ou qui lui sont familiers, et cela d'autant plus aisément qu'ils sont plus connus, par exemple, le nom de son mari, certains pronoms très répandus, les mots d'un emploi fréquent : homme, maison, ville; ceux qu'elle a eu l'occasion de voir ou d'entendre souvent dans ces derniers temps : hôpital, clinique... Et pour-

tant si on lui demande d'épeler ces mots, de nommer l'une après l'autre chacune des lettres qui les composent, elle ne peut y parvenir.

Il est à peine besoin de faire remarquer qu'il ne saurait être question ici d'alexie motrice; l'articulation parfaitement nette des mots et des lettres qui peuvent être lus le démontrent surabondamment; et pas davantage de cécité verbale complète, puisque la forme de chaque lettre est parfaitement reconnue. Si certains mots sont distingués sans peine, c'est même grâce à cette parlicularité qu'en raison de leur reproduction fréquente par l'écriture ou l'impression, ils constituent pour la malade une figure qui lui est devenue familière.

L'impossibilité d'associer entre elles, à de rares exceptions près, les lettres constitutives des mots et même des syllabes les plus simples, de dire dans quel ordre ces lettres se succèdent, de les voir à la place qu'elles occupent, semble reconnaître uniquement pour cause, en définitive, une perturbation profonde du sens de l'espace et cette hypothèse se trouve confirmée par l'analyse d'autres phénomènes non moins bizarres.

Aucune lettre n'est rapportée dans le champ visuel à la place qu'elle occupe en réalité, et le trouble fonctionnel n'obéissant à aucune règle, les différentes lettres semblent avoir, les unes par rapport aux autres, une situation tout à fait différente de celle qui leur appartient; en d'autres termes, l'image cérébrale, au lieu de correspondre lettre pour lettre à l'image rétinienne, est devenue un tableau sans signification aucune dans lequel les lettres ont conservé leur forme mais se trouvent absolument brouillées.

Le rétrécissement considérable du champ visuel avec hémianopsie, dont il sera question plus loin, semble ne jouer aucun rôle dans la production de ces désordres, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en inscrivant les mots proposés en lecture dans la portion du champ visuel restée intacte.

J'insiste sur ce fait que la dissociation, dans l'image cérébrale, de l'image rétinienne, ou plus exactement la transposition incohérente des différentes parties de cette image, s'est faite de toutes pièces pour chacune des lettres qui la constitue; en d'autres termes, les lettres ont conservé leur forme, il n'y a pas de métamorphopsie.

La même remarque s'applique aux mots d'un emploi usuel, à figure

connue. Ils sont devenus une sorte d'unité graphique et, grâce à cela, ont échappé à la fragmentation. S'ils ne sont pas vus à la place qu'ils occupent en réalité, s'ils ne peuvent pas davantage être rapportés au mot qui les précède ou à celui qui vient après, ils sont lus du moins en entier, tout d'une pièce, comme le serait une seule lettre, et il est tout aussi difficile à la malade de décomposer cette figure en lettres isolées et distinctes que d'énumérer les différentes parties dont se compose une lettre unique et d'en indiquer la position relative. Par exemple, pour la lettre *d*, Valérie ne saurait, s'en s'exposer à se tromper, dire si le jambage se trouve avant ou après la partie ronde.

Grâce à cette persistance de la vision des images connues, la malade reconnaît très bien, sur une gravure, un chien, un arbre, une maison ; mais le dessin n'a plus qu'une signification confuse s'il reproduit des objets avec lesquels elle n'est pas familiarisée.

Sous le rapport de l'écriture, elle est encore plus malheureuse. L'illettré le moins adroit à qui l'on mettrait pour la première fois la plume à la main, se montrerait moins mal habile à former une lettre que ne l'est Valérie. Une première difficulté pour elle est de placer, au point qu'on lui désigne, les caractères qu'elle doit écrire; elle s'en éloigne constamment plus ou moins et cela de plusieurs centimètres, si bien qu'avec une feuille de papier à lettre, de grandeur ordinaire, il lui arrive souvent de porter la plume en dehors de la feuille. Pas plus que pour la lecture, ces déviations n'obéissent à aucune règle et, si l'on répète l'expérience à plusieurs reprises pour un même point, la fausse projection (en admettant que cette dénomination soit exacte), se fait chaque fois d'une manière différente, indifféremment à droite ou à gauche, en haut ou en bas et à des distances très variables; aussi est-il préférable, dans ces épreuves, de se servir d'un tableau assez grand pour que la malade ne soit pas exposée à aller dans le vide.

Lorsqu'après un instant de réflexion et de visibles efforts pour rectifier son jugement qu'elle sait erroné, la patiente est arrivée tant bien que mal à trouver le point du tableau où elle doit écrire, elle y pose son morceau de craie et ne le retire plus de peur de ne pas retrouver la place, puis un nouveau travail se fait dans son esprit, mais en vain, pour arriver à concevoir comment doit être tracée la lettre qu'on lui demande.

La scène suivante donnera une idée de ce qui se passe :

D. Mais vous saviez écrire cependant?

R. Oui, Monsieur, avant ma maladie j'écrivais couramment; depuis lors cela m'est impossible.

D. Pourquoi?

R. Je n'en sais rien.

D. Puisque vous pouvez lire des lettres isolées, vous devriez aussi savoir les écrire.....

R. Mais non, pas du tout.

D. Comment! vous ne pourriez pas tracer la lettre a, par exemple?

R. La lettre a..... attendez..... non, je ne crois pas.

D. Voyons, représentez-vous par la pensée la forme de cette lettre. De quoi se compose-t-elle?

La malade, fermant les yeux, et après un instant de réflexion :

R. Oui, je vois, il y a un rond et une barre.

D. Eh bien, maintenant écrivez.

Après beaucoup d'hésitation, elle commence sur le tableau un trait qui va dans une direction quelconque et qu'elle n'achève pas, puis s'arrête confuse.

D. Je vais vous faire un modèle qui vous aidera; suivez bien le mouvement de ma main. Quelle est la lettre que je viens d'écrire?

R. La lettre a, je la vois très bien.

D. Reproduisez-la au-dessous, cela doit vous être maintenant facile.

La malade n'en est pas plus avancée pour cela, elle trace un rond informe et renonce à poursuivre une tentative inutile. Comme on le voit, l'agraphie est absolue. Mais je ferai remarquer, à son sujet, la même chose que pour l'alexie; elle n'est en rien motrice. Il n'y a pas de tremblement, les muscles ont conservé leur liberté d'action; la main gauche n'arrive pas à un meilleur résultat que la main droite. Si Valérie ne peut écrire quoi que ce soit, même lorsqu'on place sous ses yeux un modèle qu'elle distingue fort bien, cela ne résulte en aucune façon d'un manque de coordination des mouvements, mais simplement, comme pour la lecture d'un trouble du sens de l'espace. Si peu compliquée que soit une figure, encore faut-il pour la tracer faire la distinction entre la droite et la gauche, le haut et le bas. Or, chez la

malade, ces notions n'existent pour ainsi dire plus. Elle a perdu complètement le pouvoir de s'orienter et bien plus encore que dans la lecture ; en effet, tandis que pour cette dernière la dislocation du champ visuel a respecté les unités graphiques (lettres isolées, mots constituant une figure connue), dans l'écriture l'émiettement est complet. L'agraphie existant pour les lettres isolées, il était aisé à prévoir qu'il en serait de même pour les mots entiers, quelque familiers qu'ils pussent être, et c'est ce qui a lieu en effet. La malade ne peut davantage reproduire par le dessin un sujet quelconque ; par exemple, pour un carré, elle fait quelque chose qui ressemble à un z.

Cette perte du sens de l'espace n'est pas spéciale à l'appareil de la vision ; elle se manifeste encore lorsque les yeux sont fermés, et trouble à peu près toutes les fonctions. Ainsi, Valérie ne sait plus reconnaître sa droite et sa gauche ; pour arriver à faire cette distinction, et encore se trompe-t-elle parfois, il lui faut faire le signe de la croix ; elle sait qu'elle se sert pour cela de la main droite. On pourrait croire à de l'amnésie simplement, mais cette hypothèse n'expliquerait pas les faits suivants : si l'on place devant la malade un objet quelconque, elle en reconnaît très bien la forme, mais commet des erreurs grossières sur les dimensions. C'est ainsi qu'elle attribue à une règle d'un centimètre carré de section et de 40 centimètres de longueur, une épaisseur de 5 à 10 centimètres et une longueur de 60 à 80 centimètres. Elle ne peut préciser davantage et se doute bien que ses évaluations sont inexactes ; d'ailleurs elles varient d'un moment à l'autre.

Ce qui est plus curieux encore, c'est qu'il lui est impossible de déterminer la situation des objets dans l'espace. Que la règle soit tenue devant ses yeux ou mise entre ses mains, elle ne peut dire, sans s'exposer aux plus singulières méprises, dans quelle direction elle est placée, et quelle est des deux extrémités celle qui est la plus rapprochée de sa personne, celle qui en est la plus éloignée.

Non seulement la vue n'est pour cela d'aucun secours, mais il semble que la malade se défie des renseignements puisés à cette source. Aussi, avant de répondre, prend-elle le soin de palper l'objet dans tous les sens, en tenant les yeux fermés, ce qui, du reste, ne l'empêche pas de se tromper. De même, si sur une ligne verticale tracée sur un tableau, on marque deux

points à une certaine distance l'un de l'autre, Valérie ne peut dire quel est le point le plus haut et quel est le plus bas.

Ces erreurs ne peuvent être rapportées à un trouble du sens musculaire ; la malade a parfaitement conscience des mouvements qu'elle exécute, a une notion juste de l'attitude que l'on donne à ses membres, les yeux étant fermés, et peut reproduire assez exactement cette attitude avec le membre congénère. Ce qui se passe du côté de l'ouïe tend à confirmer l'hypothèse d'un trouble du sens de l'espace. Bien que l'acuité auditive semble intacte des deux côtés, la malade se trompe parfois du tout au tout lorsqu'il lui faut distinguer d'où vient un bruit quelconque. Par exemple, si pendant qu'elle a les yeux fermés, on fait claquer les doigts en avant de sa personne, elle croit le plus souvent entendre le bruit derrière la tête ; en pareil cas, l'erreur est presque constante. Au contraire, lorsque le bruit se produit par derrière, la localisation se fait exactement. Sur les côtés, à droite et à gauche, il y a des erreurs fréquentes.

Je n'ai pas constaté pour l'ouïe, non plus que pour la vue, d'allochirie proprement dite. Bien que la direction d'où vient le bruit soit très difficile à apprécier et donne lieu aux méprises les plus étranges, il n'y a jamais d'hésitation pour dire quelle est l'oreille la plus rapprochée du point où le bruit s'est produit.

Pour le toucher et le sens musculaire, l'allochirie n'est qu'apparente. Si l'on place un membre dans une certaine position, si on lui imprime des mouvements, si on le pique, la malade rapporte assez fréquemment l'impression au membre du côté opposé, mais il est facile de se convaincre que l'erreur tient uniquement à cette difficulté que j'ai signalée de pouvoir distinguer la droite de la gauche. Si on lui laisse le temps de la réflexion, Valérie ne tarde pas à rectifier son jugement en recourant au petit artifice qu'elle a adoptée (signe de la croix).

S'il n'existe pas d'allochirie proprement dite, puisque les sensations sont bien réellement perçues du côté où se produit l'excitation, et non pas en un point symétrique du côté opposé (chose importante en faveur de la non existence d'une lésion médullaire unilatérale), il y a cependant des perturbations bizarres du sens du toucher. Ainsi il arrive fréquemment à la malade de ne pouvoir dire quel est celui de ses doigts qu'on touche ou que l'on

pique et de rapporter, par exemple, à l'indicateur une piqûre faite à l'annulaire. La sensibilité cutanée est, il est vrai, notamment émoussée, et pour que deux piqûres faites simultanément soient perçues, distinctes, il faut donner aux épingles un écartement de beaucoup supérieur à celui qui correspond à l'état normal ; toutefois l'hypoesthésie n'est pas suffisante pour expliquer de pareilles aberrations.

Leur interprétation me semble d'ailleurs fort délicate. Parfois, en effet, les mêmes erreurs se produisent bien que les yeux soient laissés ouverts, de manière à ce qu'ils puissent contrôler les impressions tactiles ; d'un autre côté, si l'on dit à Valérie de nommer les cinq doigts de la main, l'un après l'autre et dans l'ordre où ils sont placés, il est rare qu'elle ne commette pas quelque erreur soit pour les nommer, soit pour les classer de un à cinq. Il est donc bien probable, en dernière analyse, que les perceptions énoncées sont surtout dues à une altération profonde du sens de l'espace. Quelques autres troubles de la sensibilité, que je mentionnerai plus loin, ne sauraient être mis en cause pour expliquer ces phénomènes bizarres ; on peut les observer tous les jours à un degré encore plus prononcé, notamment chez les hystériques, sans qu'ils soient accompagnés de désordres semblables à ceux dont il vient d'être question. Jusqu'ici, parmi les désordres fonctionnels qui relèvent de l'appareil de la vision, nous avons à dessein passé sous silence, ou à peu près, ceux dans lesquels une altération du champ visuel pourrait jouer un certain rôle. Pour l'alexie, comme pour l'agraphie, nous nous sommes assurés, en effet, que le trouble persistait au même degré, bien que la surface affectée aux expériences fût toute entière comprise dans le champ du regard. L'impossibilité d'enfiler une aiguille ne peut davantage être mise sur le compte d'un rétrécissement, et l'on peut en dire autant de tout ce qui s'exécute dans une espace suffisamment restreint. Mais dès que les actes à accomplir exigent le fonctionnement d'une partie tant soit peu étendue de la rétine, on s'aperçoit bien vite que la vision périphérique n'existe pour ainsi dire plus. C'est à cela qu'est due en partie la difficulté extrême qu'éprouve Valérie à manger seule, à s'habiller, à faire son lit, etc. Pour les occupations de ce genre où la vision s'exerce à une distance qui ne dépasse guère 60 ou 80 centimètres, le champ visuel ne couvre pas une surface beaucoup plus grande que les deux mains. Cela suffirait à la rigueur,

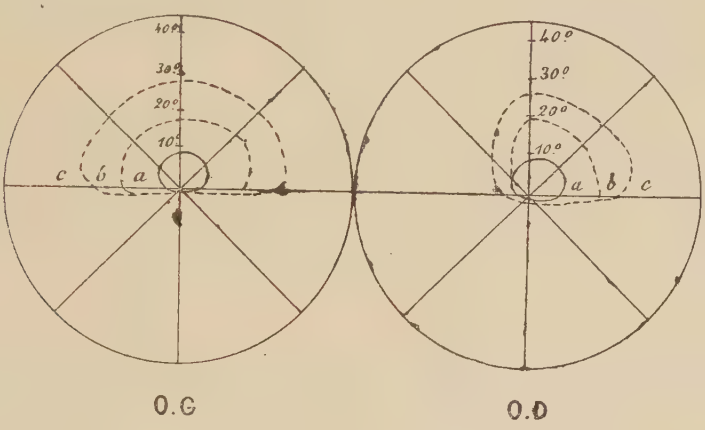
si le rétrécissement était régulièrement concentrique, et il n'est pas rare de voir des sujets affectés de rétinite pigmentaire, par exemple, se comporter encore fort bien, malgré un champ visuel beaucoup plus petit et une acuité visuelle centrale mauvaise.

Malheureusement, dans le cas actuel, il existe des deux côtés une hémianopsie inférieure des plus caractérisées. Or, tout ou presque tout ce que nous avons besoin de voir habituellement se trouvant dans la moitié inférieure du champ visuel lorsque la tête est tenue droite ou légèrement inclinée sur la poitrine, ce qui est la position habituelle, il en résulte un trouble extraordinairement prononcé de la vision, ainsi qu'il est facile de s'en assurer sur soi-même, en plaçant devant les yeux un écran qui masque la moitié inférieure des deux pupilles. Aussi la malade ne peut-elle faire quoi que ce soit sans pencher fortement la tête en avant, de manière à recevoir autant que possible les images des objets sur une partie de la rétine située un peu au-dessus de la macula.

Du reste, la partie supérieure du champ visuel est elle-même fort réduite des deux côtés. Si l'on ajoute à cela d'autres difficultés d'orientation tenant au trouble du sens de l'espace, on s'explique sans peine l'attitude au premier abord si singulière observée pendant la marche: Valérie regarde presque constamment le sol, à ses pieds ; elle s'avance craintive à petits pas, s'arrêtant fréquemment et cherchant à se renseigner par des regards jetés à droite et à gauche. Elle sait par expérience qu'il ne lui est pas facile d'éviter les obstacles, et en effet, malgré une attention extrême, elle se heurte à presque tous les meubles placés sur son chemin.

Lors de son entrée à la clinique, nous n'eûmes rien de plus pressé, après le résultat négatif fourni par l'ophtalmoscope, que de vouloir mesurer le champ visuel. Nous ne pûmes, ce jour-là arriver à un résultat bien net, à cause de la difficulté d'obtenir une fixation exacte et de quelque durée. Mais l'éducation de la malade, sous ce rapport, se fit assez vite pour que, dès la troisième séance, nous puissions relever les limites de la vision périphérique avec une exactitude suffisante. Le rétrécissement est extrême. Des deux côtés il y a une hémianopsie inférieure à peu près complète; la ligne de démarcation passe à 2 ou 3° à peine au-dessous du point de fixation; en outre, du côté droit, la partie interne ou nasale est plus réduite qu'à gauche.

A la date du 22 décembre, dans les méridiens les moins atteints, le champ visuel ne dépassait guère 10° (fig. 1, *a. a.*) Une perception aussi restreinte permettait difficilement de faire un examen complet de la vision des couleurs, mais on put s'assurer que le sens chromatique était demeuré absolument normal dans la portion centrale de la rétine. Après dix jours de traitement (courants continus, quinquina, pepto-fer), et bien que sous tous les autres rapports la situation fût restée à peu près la même, l'état de la vision périphérique s'était amélioré. L'hémianopsie persistait au même degré des deux côtés, mais dans le haut, l'étendue du champ visuel avait plus que doublé : 18 à 20° à droite, 15 à 20° à gauche (fig. 1, *b. b.*) on gagne encore dix degrés environ, du 12 au 27 janvier fig. 1. *c. c.*); les séances d'électrisa-



O.G O.D

tion doivent être suspendues en ce moment par suite d'un dérangement de l'appareil, et l'on reperd du terrain. A partir de ce jour, on remplace l'électricité dynamique par l'électricité statique (machine d'Holtz-Carré). La malade supporte aisément d'assez fortes étincelles au pourtour de l'orbite ; elle en éprouve, dit-elle, une sorte de bien-être immédiat : cela lui dégage la tête... Ce qui est certain, c'est qu'aussitôt après chaque séance, d'ailleurs fort courte (quelques minutes à peine), le champ visuel se trouve constamment accru et parfois plus que doublé, mais toujours avec cette particularité que le traitement n'a aucune prise sur l'hémianopsie ; de plus l'amélioration est d'assez courte durée ; le lendemain il en reste à peine trace et il suffit de

suspendre pendant quelques jours les séances d'électrisation, pour que le rétrécissement tende à revenir à son état primitif.

Le champ visuel des couleurs a été relevé avec un soin particulier à plusieurs reprises. On a profité pour cela des moments où la limite pour la lumière blanche atteignait au moins 15°. Au-dessous, les résultats sont incertains et les courbes tendent à se confondre. Des constatations intéressantes ont été faites.

a. La malade reconnaît et nomme exactement les couleurs presque en même temps qu'elle voit apparaître l'objet à l'aide duquel se fait l'expérience (craie ou papier de couleur). En d'autres termes, il n'existe pour ainsi dire pas de zone intermédiaire dans laquelle la couleur reste indécise.

b. Elle distingue l'une de l'autre des nuances parfois très voisines, et les limites propres à chacune d'elles sont souvent très différentes, eu égard au peu d'étendue du champ visuel.

c. D'une façon générale, ces limites varient avec celles de la lumière blanche, mais il n'est pas rare que la situation respective des courbes appartenant à diverses couleurs se trouve intervertie d'un jour à l'autre, sans que rien puisse en donner la raison, le champ visuel pour le rouge se montrant, par exemple, tantôt plus étendu, tantôt plus réduit que celui du rose.

d. Un phénomène plus singulier encore est celui-ci : l'hémianopsie est un peu moins complète pour certaines couleurs que pour la lumière blanche. Avec le vert, le fait est presque constant. Pour expliquer cette bizarrerie, il faut admettre que la quantité de rayons colorés, qui entre dans la lumière réfléchie par notre morceau de craie blanche, est insuffisante à impressionner les éléments nerveux, contrairement à ce qui a lieu lorsqu'on se sert d'une craie colorée. Peut-être, avec des rayons monochromatiques d'une grande intensité, arriverait-il que l'hémianopsie proprement dite disparaîtrait pour la couleur correspondante : jusqu'ici l'expérience n'a pu être faite.

e. Les champs colorés affectent entre eux une disposition assez singulière; il semble qu'ils soient décentrés les uns par rapport aux autres et donnent l'impression de surfaces mobiles qui, d'abord superposées centre pour centre, se seraient, à la suite d'une secousse, déplacés latéralement dans des directions différentes. Ainsi qu'il arrive presque constamment dans ces rétrécis-

sements d'origine centrale, les troubles de la sensibilité ne s'observent pas seulement du côté de l'appareil de la vision. S'il n'y a nulle part d'anesthésie cutanée proprement dite, il y a du moins un léger degré d'hypoesthésie généralisée, comme le montre l'œstésiomètre de Brown-Séquart. La sensibilité thermique paraît intacte ; il n'y a pas d'analgésie ; les réflexes cutanés et musculaires sont normaux aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs ; le réflexe rotulien semble exagéré des deux côtés ; pas de trépidation épileptoïde. Les réactions électriques superficielles et profondes sont conservées, qu'il s'agisse d'électricité statique, voltaïque ou faradique.

La muqueuse oculaire n'a rien perdu de sa sensibilité ; celle des conduits auditifs et des fosses nasales est par contre fortement émoussée ; on peut la chatouiller avec une barbe de plume sans provoquer de réflexes. Il y a une anesthésie complète de la muqueuse du pharynx, et le doigt peut être promené dans l'arrière-gorge, sans déterminer la moindre réaction. Une brusque pression sur l'épigastre, un choc assez fort pour déterminer chez tout autre personne la sensation particulièrement pénible que l'on connaît, sont supportés avec la plus grande facilité.

Les sens de l'odorat, du goût et de l'ouïe n'auraient subi aucune atteinte, au dire de la malade, et en effet, elle paraît se comporter à cet égard comme tout le monde.

Mais il est facile à constater, pour l'ouïe tout au moins, que cette intégrité n'est qu'apparente ; tandis que le tic-tac d'une montre est perçu à 5 mètres de distance, par un assistant placé à côté de Valérie, celle-ci n'entend déjà plus le bruit à 2 mètres 50, qu'il s'agisse de l'oreille droite ou de la gauche. Il m'a semblé que les sens de l'odorat et du goût étaient affaiblis également, mais les procédés d'exploration dont nous disposons en pareil cas sont trop peu rigoureux pour permettre une détermination bien exacte.

La force musculaire, mesurée à l'aide du dynamomètre, a été trouvée de 22 kilog. pour la main gauche comme pour la droite. L'intelligence paraît nette, et, dans ses conversations avec les personnes qui l'entourent, la malade se montre toujours parfaitement sensée ; mais il est rare qu'elle réponde immédiatement aux questions qu'on lui pose ; elle éprouve comme

le besoin de rassembler ses idées, et lorsque sa réponse se fait trop longtemps attendre, elle l'explique en disant qu'elle suivait une autre idée.

Elle est du reste très-docile, ne montre aucune bizarrerie de caractère, et suit son traitement avec la plus grande ponctualité, uniquement préoccupée d'arriver à la guérison.

Pour mettre en évidence certains troubles intellectuels, il suffit d'aborder une question quelconque où les distances, les chiffres, l'orientation jouent un certain rôle. En pareil cas, la mémoire de la malade, les raisonnements auxquels elle se livre témoignent des mêmes lacunes, des mêmes perturbations que lorsqu'il s'agit d'apprécier par la vue ou par le toucher, les dimensions des corps, leur direction, leur situation dans l'espace, etc.

Déjà, j'ai fait remarquer que Valérie ne pouvait de prime abord distinguer sa gauche de sa droite ; elle ne sait plus trop en quelle année nous sommes, hésite entre 1885 et 1888, a oublié le prix du pain.... Elle fait de tête des additions très-simples et peut compter par un ou par deux indéfiniment, mais si on lui demande, par exemple, quel est le chiffre qui se trouve entre 14 et 15, elle ne peut pas répondre. En comptant par trois, elle ne parvient jamais à dépasser 24, malgré qu'elle essaie de divers artifices pour trouver combien peuvent faire 24 plus 3, et cependant l'agraphie est un peu moins absolue pour les chiffres que pour les lettres ; la malade, avec beaucoup d'attention, il est vrai, écrit, 1, 2, 3, 4 ; le chiffre 5, déjà plus compliqué, est au-dessus de ses forces.

Bien qu'elle habite Bordeaux depuis 10 ans et qu'elle l'ait parcouru dans tous les sens, Valérie n'a plus qu'une notion extrêmement confuse de la topographie de cette ville, et il en est de même pour les autres localités où elle a séjourné. Il lui faut de grands efforts de mémoire pour arriver à se rappeler que le Grand-Théâtre est situé dans tel quartier, et le Jardin-Public dans tel autre. Elle n'a aucune idée des distances entre deux points qui lui sont parfaitement connus et dit aussi bien 3 kilomètres que 500 mètres. Mais ce qui frappe le plus, c'est une perte absolue de la faculté de s'orienter, en fait, aussi bien qu'en pensée. Si on lui demande quelle est la voie (la plus fréquentée de Bordeaux) qui relie la place Dauphine à la place de la Comédie, il lui est impossible de répondre à cette question ; elle ne sait plus bien cela et ne peut davantage se rappeler si cette voie se dirige

ou non en ligne droite. Tel serait le cas d'un Parisien qui ayant parcouru plusieurs centaines de fois l'avenue de l'Opéra, en aurait perdu tout souvenir. La malade fait deux fois par semaine, au bras de son mari, le chemin qui conduit de l'hôpital à son domicile, d'ailleurs peu éloigné, et, bien qu'on lui ait fait remarquer à différentes reprises quelles sont les rues qu'elle traverse et qu'elle connaissait du reste parfaitement, elle n'en conserve jamais aucun souvenir et ne se rend pas du tout compte du trajet parcouru ; il lui serait impossible, en sortant de la clinique, de dire si elle doit tourner à droite ou à gauche.

Bien plus encore que le rétrécissement du champ visuel et l'hémianopsie, cette perte de la faculté d'orientation fait que la pauvre femme, laissée seule dans la rue, se trouve absolument hors d'état de se diriger et comme perdue !

Pour terminer, disons qu'après cinq mois de traitement, la situation se trouve être à peu de chose près ce qu'elle était au début et rien ne fait prévoir la fin de ce singulier état. Nous avons à diverses reprises tâché d'hypnotiser la malade en vue de recourir à la suggestion, mais nous avons échoué.

A quelle cause faut-il rapporter ces troubles divers ? Sommes-nous en présence de désordres purement fonctionnels, relèvent-ils au contraire d'une lésion organique du cerveau ? Quel rôle attribuer à l'albuminurie, à la métrorrhagie abondante survenue au moment de la délivrance, à la chloroformisation prolongée ? Je me propose de discuter ces questions à l'occasion d'amblyopies de même ordre dont il m'a été donné d'observer plusieurs cas à peu près au même moment. Je me bornerai à dire que je crois à une de ces neuropsychoses par ébranlement physique et moral, bien étudiées dans ces dernières années par les Américains d'abord, à propos des troubles nerveux consécutifs aux accidents de chemin de fer, rangés par Charcot dans les hystéries traumatiques, et sur lesquelles Oppenheim, de Berlin, a récemment encore attiré l'attention (1).

(1) *Bulletin médical*, 29 janvier 1888.

Nous avons le regret de ne pouvoir publier deux observations personnelles de troubles aphasiques recueillies il y a quelques jours dans la clinique ophtalmologique; mais le temps nous a manqué pour les compléter. M. le professeur Badal se propose de les reprendre dans une prochaine communication.

CONCLUSIONS

1° Les phénomènes aphasiques se divisent en cécité verbale, surdité verbale, logoplégie et agraphie ;

2° La cécité verbale se montre sous des aspects différents qui constituent autant de modes distincts ;

3° Les résultats des autopsies, faites jusqu'à présent, ont démontré que le siège de la lésion occupait le lobule pariétal inférieur dans sa partie postérieure ; il est cependant permis de supposer que dans certaines aphasies passagères, le trouble est purement fonctionnel ;

4° Les malades atteints de cécité verbale peuvent présenter une perversion du sens de l'espace, phénomène très peu étudié jusqu'à ce jour.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr BADAL.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 mai 1883.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

12,521. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., 17, rue Montméjan.